



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

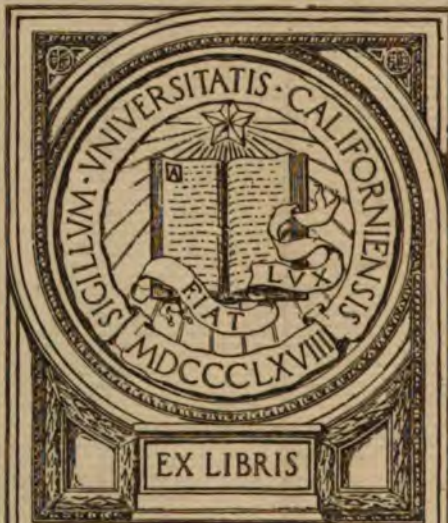
- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>

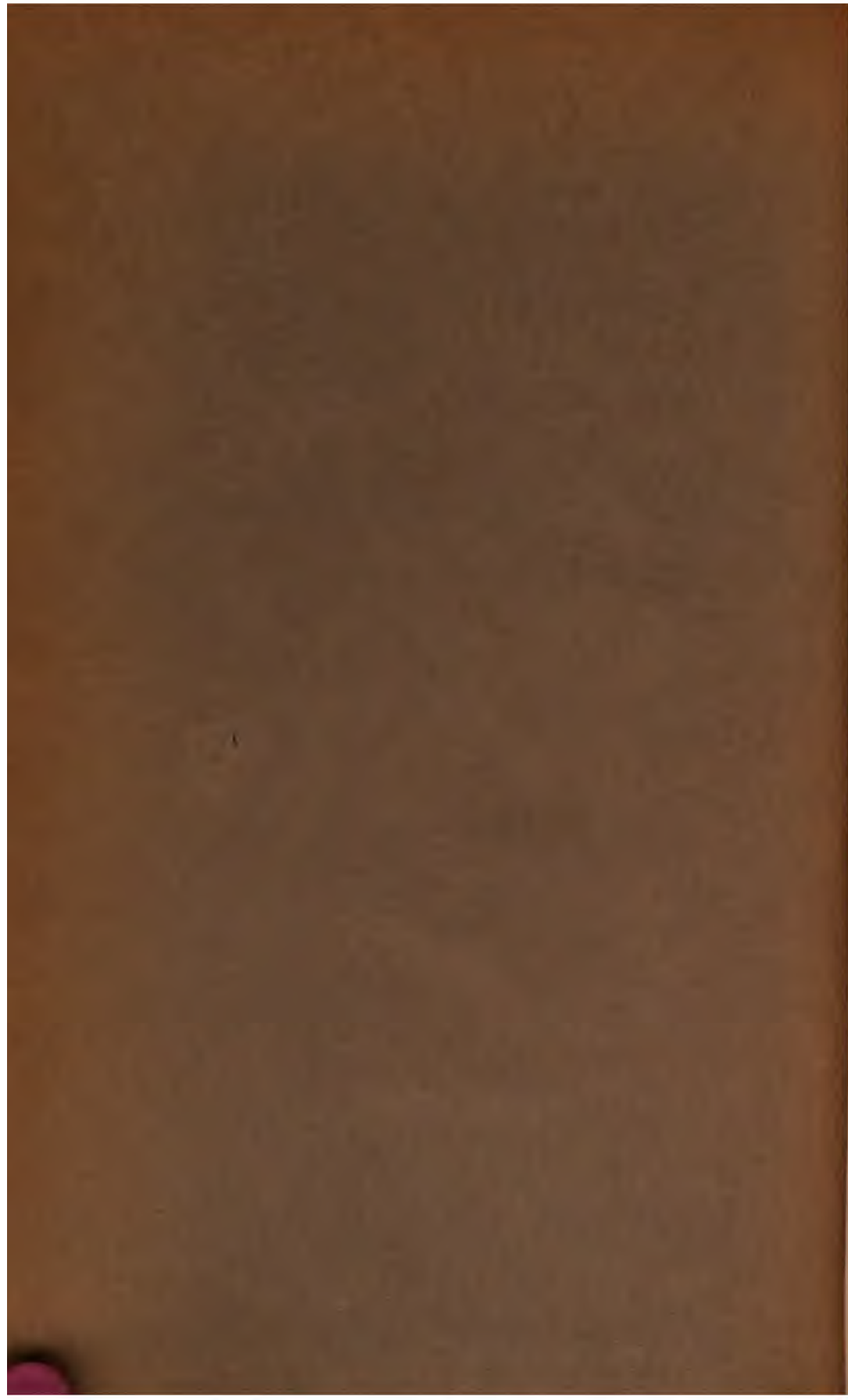


MEDICAL SCHOOL
LIBRARY



EX LIBRIS





SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE
DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

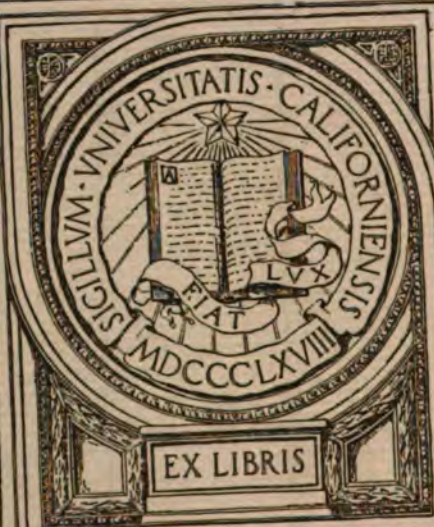
Fondée le 22 Juin 1889

Et reconnue Établissement d'utilité publique le 12 Janvier 1896.

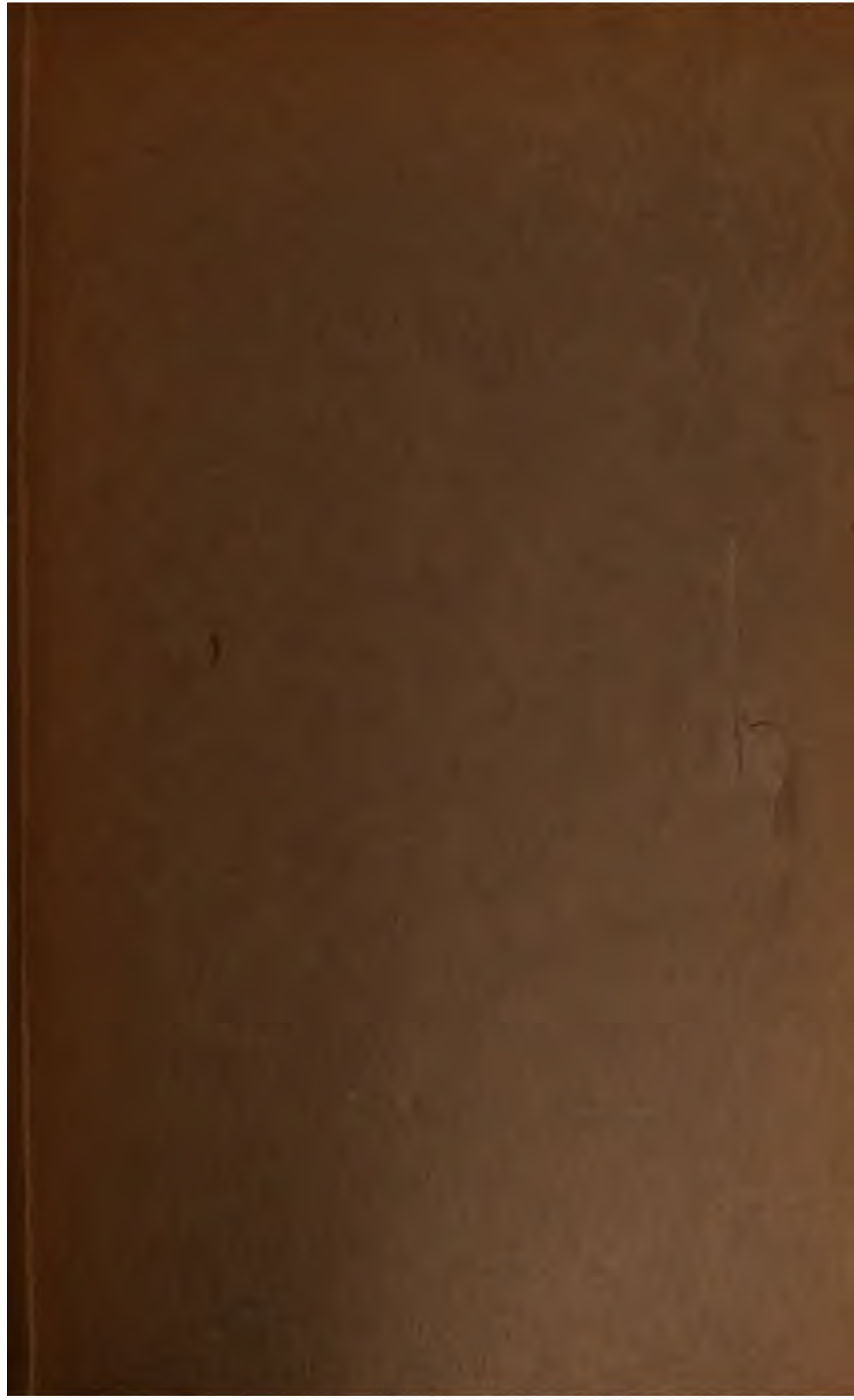
BULLETIN DES SÉANCES

17^e ANNÉE — 1906

MEDICAL SCHOOL
LIBRARY



EX LIBRIS





SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE
DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Fondée le 22 Juin 1889

Et reconnue Établissement d'utilité publique le 12 Janvier 1898.

BULLETIN DES SÉANCES

17^e ANNÉE — 1906

BULLETIN
DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE
DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

PUBLIÉ PAR MM LES DOCTEURS

**E. BODIN, BRODIER, P. DÉHU, ÉTIENNE,
LENGLET, MILIAN**

SECRÉTAIRES DES SÉANCES

SOUS LA DIRECTION

DE

M. le Docteur DANLOS

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

17^e ANNÉE — 1906

PARIS

MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1906

STATUTS DE LA SOCIÉTÉ

ANNEXÉS AU DÉCRET DU 12 JANVIER 1895

TITRE PREMIER. — But et Siège de la Société.

ARTICLE PREMIER. — L'Association dite : **Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie**, fondée le 22 juin 1889, à Paris, a pour but de :

1° Répandre parmi les médecins la connaissance des maladies cutanées et syphilitiques ;

2° Mettre en lumière, au profit de la science, les matériaux, qui, jusqu'ici, restaient en grande partie enfouis dans les hôpitaux spéciaux.

ART. 2. — Elle a son siège à Paris.

TITRE II. — Composition de la Société.

ART. 3. — La Société se compose :

1° De membres titulaires ;

2° De membres correspondants étrangers ;

3° De membres honoraires ;

4° De membres donateurs ;

5° De membres bienfaiteurs ;

6° De membres auxiliaires.

Pour être membre titulaire, il faut : 1° être présenté par deux membres au moins de la Société, être agréé par le Comité de direction et être élu au scrutin secret par les trois quarts au moins des suffrages exprimés ; 2° payer un droit d'admission de 10 francs et une cotisation annuelle dont le minimum est de 20 francs.

La cotisation peut être rachetée en versant une somme égale à vingt fois le montant de la cotisation annuelle.

Le Comité de direction peut conférer le titre de donateur ou de bienfaiteur aux membres qui ont versé une somme de 500 francs (1^{er} cas) au minimum, ou de 1,000 francs (2^e cas) au minimum.

TITRE III. — Comité de direction.

ART. 4. — Le Comité de direction se compose : du président, de trois vice-présidents, du secrétaire général, du trésorier et de cinq membres, soit au total de onze personnes élues directement, au scrutin secret, par l'Assemblée générale, pour une année au moins et pour cinq années au plus.

Les membres sortants sont rééligibles.

Le président, les trois vice-présidents, le secrétaire général et le trésorier constituent à la fois le Bureau du Comité de direction et le Bureau de l'Assemblée générale de la Société.

Au Bureau seront adjoints les anciens présidents et vice-présidents élus présidents d'honneur.

Le Comité se réunit autant que possible tous les deux mois, et chaque fois qu'il est convoqué par son président ou sur la demande du quart de ses membres.

La présence du tiers des membres du Comité de direction est nécessaire pour la validité des délibérations.

Il est tenu procès-verbal des séances.

Les procès-verbaux sont signés par le président et le secrétaire général.

ART. 5. — Les délibérations du Comité de direction relatives à l'acceptation des dons et legs, aux acquisitions et échanges d'immeubles, sont soumises à l'approbation du Gouvernement.

ART. 6. — Les délibérations du Comité de direction relatives aux aliénations d'immeubles ou des valeurs provenant du fonds de réserve, constitutions d'hypothèques, baux à long terme et emprunts ne sont valables qu'après l'approbation par l'Assemblée générale.

ART. 7. — Le trésorier représente la Société en justice et dans tous les actes de la vie civile.

Il agit avec l'autorisation du Comité de direction, sauf pour l'administration courante, et dans les cas d'urgence.

Il n'acquiesce aucune dépense si elle n'a été préalablement autorisée par le Conseil et ordonnée par le secrétaire général.

ART. 8. — Toutes les fonctions de la Société sont gratuites.

TITRE IV. — Ressources de la Société.

ART. 9. — Les ressources annuelles de la Société se composent :

- 1° Du droit d'admission et des cotisations et souscriptions de ses membres ;
- 2° Des subventions qui pourraient lui être accordées ;
- 3° Du produit des ressources créées à titre exceptionnel, et, s'il y a lieu, avec l'autorisation du Gouvernement ;
- 4° Enfin du revenu de ses biens et valeurs de toute nature.

ART. 10. — Le fonds de réserve comprend :

- 1° La dotation ;
- 2° Le dixième de l'excédent des ressources annuelles ;
- 3° Les sommes versées pour le rachat des cotisations ;
- 4° Le produit des libéralités autorisées sans emploi.

Le fonds de réserve est placé en rentes nominatives 3 p. 100 sur l'État ou en obligations nominatives de chemin de fer dont le minimum d'intérêt est garanti par l'État.

TITRE V. — Moyens d'action de la Société.

ART. 11. — Les moyens d'action de la Société sont :

- 1° Le *Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie* ;

RÈGLEMENT

TITRE PREMIER. — But et composition de la Société.

ARTICLE PREMIER. — La Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie est une société exclusivement scientifique.

ART. 2. — En principe, elle exige de ses membres le diplôme de Docteur en médecine, ou, quand ils sont étrangers, un titre similaire.

ART. 3. — Exceptionnellement, elle peut admettre dans son sein des savants qui, sans titre médical officiel, se sont créés une notoriété spéciale par leurs travaux scientifiques ; elle les nomme membres auxiliaires.

ART. 4. — Les membres correspondants étrangers sont présentés par le Comité de direction, et nommés par l'Assemblée générale de la Société ; leur élection n'a lieu que s'ils réunissent les trois quarts des suffrages exprimés.

ART. 5. — La Société peut conférer le titre de membre honoraire de la Société.

Les anciens présidents et vice-présidents peuvent être élus présidents d'honneur, auquel cas ils font partie du Bureau et du Comité de direction, à perpétuité et sans nouvelle élection.

TITRE II. — Composition et fonctions du Bureau.

ART. 6. — Le Bureau comprend un président, trois vice-présidents, un secrétaire général, un trésorier, un bibliothécaire-archiviste et six secrétaires des séances ; il peut comprendre également un ou plusieurs présidents honoraires : l'un des vice-présidents et deux des secrétaires des séances doivent être nécessairement choisis parmi les membres titulaires résidant dans les départements.

ART. 7. — Le président, les vice-présidents, les cinq membres du Comité et les secrétaires annuels sont nommés pour un an.

Le secrétaire général, le trésorier et l'archiviste-bibliothécaire sont nommés pour trois ans.

Ils peuvent être temporairement remplacés par l'un des secrétaires des séances.

ART. 8. — Le président, ou, en son absence, l'un des vice-présidents, dirige les séances.

Les présidents honoraires peuvent également diriger les séances.

Le secrétaire général prépare l'ordre du jour de chaque réunion, annonce les pièces de la correspondance, rédige et signe tous les actes de la Société ; il dirige l'impression des comptes rendus.

L'archiviste-bibliothécaire garde les procès-verbaux des séances, ainsi que les livres, mémoires, correspondances, images, analyses, pièces et instruments offerts à la Société ; il les classe et en dresse chaque année un catalogue.

Les secrétaires des séances sont chargés de la rédaction et de la lecture des procès-verbaux ; ils font les comptes rendus des séances, en rédigent les bulletins et les font imprimer, sous la direction du secrétaire général.

Le trésorier fait toutes les écritures relatives à la comptabilité de la Société ; il encaisse toutes les recettes, il signe les bordereaux et les solde.

Chaque année, il rend ses comptes au Comité de direction, qui délègue spécialement un de ses membres pour les vérifier.

Les comptes du trésorier doivent être arrêtés au 31 décembre de l'année précédente.

Ils doivent être soumis en février ou mars au Comité de direction.

L'Assemblée statutaire ne se prononce sur les comptes du trésorier qu'après avoir entendu le rapport du Comité de direction.

TITRE III. — Fonctions du Comité de direction.

ART. 9. — Toutes les affaires concernant la Société sont confiées au Comité de direction.

Le Comité est plus particulièrement chargé :

- 1° De la publication des travaux ;
- 2° De la gestion financière ;
- 3° De tout ce qui peut intéresser la dignité de la Société.

TITRE IV. — Des séances.

ART. 10. — La Société se réunit à Paris, au Musée de l'hôpital Saint-Louis, de 9 à 11 heures du matin, le premier jeudi de chaque mois, sauf les jours fériés et au mois d'avril, où la réunion de la Société se tient en assemblée générale, le lundi de Quasimodo.

Les vacances de la Société ont lieu pendant les mois d'août, de septembre et d'octobre.

Des séances supplémentaires peuvent être demandées et votées par la Société.

Une session supplémentaire peut avoir lieu en province.

ART. 11. — Toute communication d'une personne étrangère à la Société ne pourra être lue en séance qu'après autorisation du Comité de direction.

Toutefois le Bureau pourra autoriser une présentation de malade ou de pièce.

ART. 12. — Les travaux des séances ont lieu dans l'ordre suivant :

- 1° Lecture et adoption de procès-verbal ;
- 2° Correspondance ;
- 3° Présentations de malades ;
- 4° Communications originales et présentations de pièces. La Société peut, sur l'avis du Bureau, intervertir cet ordre.

TITRE V. — Recettes.

ART. 13. — La cotisation annuelle de 20 francs est payable d'avance, c'est-à-dire dès le premier jour de la nouvelle année.

Le recouvrement en est assuré par le trésorier.

ART. 14. — Au cas où la cotisation est rachetée par le versement d'une somme de 400 francs, égale à vingt fois son montant, le versement peut être effectué en quatre annuités consécutives de 100 francs chacune.

ART. 15. — Tout membre qui a laissé s'écouler une année entière sans verser le montant des droits fixés par les statuts est considéré comme ne faisant plus partie de la Société ; il doit préalablement avoir reçu deux avertissements officiels.

TITRE VI. — Publications.

ART. 16. — Chaque année, le nombre de feuilles publiées gratuitement dans le Bulletin sera limité à 30. Si ce chiffre est dépassé, l'excédent des dépenses d'impression sera réparti proportionnellement entre ceux des membres qui auront franchi la moyenne établie par le Comité de direction, d'après l'étendue des communications faites dans l'année.

ART. 17. — Les membres titulaires seuls ont droit à la publication de leurs travaux.

ART. 18. — Les communications des membres correspondants pourront après avis du Comité de direction, être publiées, à la condition qu'ils en payent les frais.

TITRE VII. — Modifications au règlement.

ART. 19. — Toute proposition de modification à apporter dans le règlement devra être présentée par dix membres titulaires et soumise au Comité de direction, qui l'approuvera ou la combattra au sein de la Société.

PRIX ZAMBACO

Le docteur Zambaco-Pacha, de Constantinople, a versé à titre de membre bienfaiteur, à la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie, une somme de quinze mille francs. La Société consacre le revenu de cette somme à la fondation d'un prix qui portera le nom de Prix Zambaco.

RÈGLEMENT

ARTICLE PREMIER. — Le prix Zambaco sera décerné, tous les deux ans, par la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie, à l'auteur du meilleur travail présenté au concours sur la dermatologie, la syphiligraphie ou la vénéréologie.

ART. 2. — La valeur du prix sera de huit cents francs.

ART. 3. — Le prix Zambaco sera décerné dans la séance générale annuelle de la Société.

ART. 4. — Seront admis à concourir les auteurs français et les auteurs étrangers.

ART. 5. — Les travaux envoyés au concours doivent être inédits et rédigés en langue française. Les noms des auteurs ne devant être connus qu'après la désignation, par le jury d'examen, du travail couronné, les mémoires ne doivent pas être écrits de la main de l'auteur, mais doivent avoir été transcrits, copiés, écrits à la machine, ou imprimés. Ils porteront une épigraphe apparente, répétée sur une enveloppe cachetée qui contiendra le nom de l'auteur; la suscription de cette enveloppe devra, également, ne pas être de la main de l'auteur. Les mémoires seront adressés francs de port, sous pli recommandé, au Secrétaire général de la Société dont le nom et l'adresse seront indiqués pour chaque programme du prix.

ART. 6. — Les travaux envoyés au concours devront être déposés avant le 30 novembre de l'année qui précède celle où le prix devra être décerné.

ART. 7. — Les mémoires déposés deviennent la propriété de la Société; il en pourra être pris copie par les auteurs dans des conditions déterminées.

ART. 8. — La Société décidera, pour chaque prix, s'il y a lieu de mettre au concours un sujet déterminé ou si le sujet est laissé libre et au choix de chaque concurrent.

Si la Société désigne le sujet du prix, la commission chargée de cette désignation sera composée de cinq membres tirés au sort dans le sein du Comité de direction.

ART. 9. — La Commission chargée du jugement des travaux envoyés pour le concours sera nommée dans la séance de la Société qui suivra l'expiration du délai de dépôt des mémoires.

Elle sera composée de cinq membres désignés par la Société sur une liste de dix noms proposés par le Bureau.

ART. 10. — Réglementairement, les membres du Comité de direction s'abstiennent de prendre part au concours.

ART. 11. — Le prix ne peut être divisé.

S'il n'est pas décerné, ou s'il n'est donné qu'une partie de la somme qu'il représente, à titre d'encouragements, le reliquat pourra être reporté sur le prix suivant, ou être utilisé de la manière que la Société jugera la meilleure, par exemple, être capitalisé dans le but d'augmenter le fonds.

ART. 12. — Ce règlement, établi pour le 1^{er} concours, peut être révisé par la Société sur une demande signée par dix de ses membres.

ANNÉE 1906

COMPOSITION DU BUREAU

<i>Présidents d'honneur</i>	}	MM. ERNEST BESNIER (de Paris).
		DOYON (de Lyon).
<i>Président</i>		M. ALFRED FOURNIER (de Paris).
<i>Vice-présidents</i>	}	MM. BROcq (de Paris).
		HALLOPEAU (de Paris).
		W. DUBREULH (de Bordeaux).
<i>Secrétaire général</i>		M. DANLOS (de Paris).
<i>Trésorier</i>		M. G. THIBIERGE (de Paris).
<i>Secrétaires des séances</i>	}	MM. BODIN (de Rennes).
		BRODIER (de Paris).
		DÉHU (de Paris).
		ÉTIENNE (de Nancy).
		LENGLET (de Paris).
		MILIAN (de Paris).
<i>Archiviste-Bibliothécaire</i>		M. WICKHAM.

COMITÉ DE DIRECTION ⁽¹⁾

MM. BALZER.

DE BEURMANN.

DANLOS.

MM. E. GAUCHER.

LE PILEUR.

Conseil judiciaire

M. DELIGAND.

⁽¹⁾ Les Présidents d'honneur, le Président, les Vice-présidents, le Secrétaire général et le Trésorier font, de droit, partie du Comité de direction.

MEMBRE BIENFAITEUR

Le Docteur Zambaco-Pacha.

MEMBRES TITULAIRES ⁽¹⁾

MM. LES DOCTEURS :

- Abadie**, ancien interne des hôpitaux de Paris, 49, boulevard Hausmann.
Archambault (Paul), 20, rue de l'Hospitalité, Tours.
Arnozan, professeur de thérapeutique à la Faculté, médecin des hôpitaux, 27 bis, pavé des Chartrons, Bordeaux.
Aubert, médecin de l'Antiquaille, 32, rue Victor-Hugo, Lyon.
Audouard, ancien interne des hôpitaux de Paris, 6, rue Mairan, Béziers.
Audrain, 26, rue Jean-Romain, Caen (Calvados).
Audry (Ch.), professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique à la Faculté de médecine, 7, rue de la Concorde, Toulouse.
Augagneur, professeur à la Faculté, 10, rue du Plat, Lyon.
Ayrignac, 22, rue de Maubeuge.
* **Balzer**, médecin de l'hôpital St-Louis, 8, rue de l'Arcade.
Bar, agrégé à la Faculté, accoucheur de l'hôpital St-Antoine, 122, rue La Boétie.
Barrié, ancien interne de l'hôpital St-Louis, Bagnères-de-Luchon.
* **Barthélemy**, médecin de St-Lazare, ancien chef de clinique à l'hôpital St-Louis, 21, rue de Paradis.
Bastian, ancien médecin de la Marine, médecin à Saint-Gervais-les-Bains.
Baudouin, ancien interne, assistant de consultation à l'hôpital St-Louis, 21, rue du Mont-Thabor.
Béclère, médecin de l'hôpital St-Antoine, 122, rue de la Boétie.
Belot, 36, rue de Bellechasse.
Bénard, 9, rue Royer-Collard et Saint-Christau.
Bernard (Jean), médecin-adjoint de l'hôpital, Amiens.
Bernard (Eugène), 2, rue de l'Abreuvoir, Alger.
* **Beanier (Ernest)**, médecin honoraire de l'hôpital St-Louis, membre de l'Académie de médecine, 59, boulevard Malesherbes.
* **Beurmann (de)**, médecin de l'hôpital St-Louis, 40 bis, faubourg Poissonnière.
Bisserié, 13, rue Montaigne.
Beurnier, chirurgien des hôpitaux, 12, rue de Bourgogne, Paris.
Bizard, médecin-adjoint du dispensaire de salubrité, 29, rue de Maubeuge.

(1) Les noms qui sont précédés d'un astérisque sont ceux des membres fondateurs.

- MM. Bodin**, ancien interne des hôpitaux de Paris, 6, rue La Fayette, Rennes.
Bonnet, 13, place Masséna, à Nice.
Brault, professeur de clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées à l'École de médecine d'Alger.
* **Brocq**, médecin de l'hôpital Broca-Pascal, 63, rue d'Anjou.
Brodier (L.), ancien chef de clinique à la Faculté, 52, rue de Moscou.
* **Bruchet**, ancien chef de clinique à l'hôpital St-Louis, 9, rue du Caire.
Bureau, ancien interne des hôpitaux, médecin suppléant des hôpitaux, 5, rue Voltaire, Nantes.
Burlureaux, professeur agrégé au Val-de-Grâce, 72, rue de Lille.
Carle, chef de clinique, 19, rue Confort, Lyon.
Cartier, médecin principal de la Marine, 25, rue Lauriston, Toulon.
Cayla, ancien interne des hôpitaux de Paris, 31, avenue de Neuilly, Neuilly-sur-Seine.
Charmell, professeur de clinique dermatologique à la Faculté de médecine de Lille, 134, boulevard de la Liberté, Lille.
Chatin, 63, rue du Cardinal-Lemoine, Paris et Uriage (Isère).
Chompret, 182, rue de Rivoli.
Combes, 87, boulevard Haussmann.
Constantin, Toulouse.
Couillaud, chirurgien de l'hôpital Lavignerie, Biskra.
Créquy, ancien interne des hôpitaux, 99, boulevard Magenta.
Dalous, Toulouse.
Danlos, médecin de l'hôpital St-Louis, 89, rue d'Amsterdam.
Dainville (François-), 21, rue de Saint-Pétersbourg, Paris.
Darbois, 73, boulevard St-Michel.
Darier, médecin de l'hôpital de la Pitié, 77, boulevard Malesherbes.
Déhu, 59 bis, rue Jouffroy.
Degrais, 46, rue Paradis.
Doyon, associé de l'Académie de médecine, médecin inspecteur à Uriage (Isère) et 27, rue de Jarente, Lyon.
Dron, chirurgien de l'Antiquaille, 6, rue Pizay, Lyon.
Dubois-Havenith, professeur agrégé à la Faculté de médecine, 19, rue du Gouvernement-Provisoire, Bruxelles (Belgique).
Dubreuilh (W.), agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux, 27, rue Ferrère, Bordeaux.
Duguet, membre de l'Académie de médecine, agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital Lariboisière, 60, rue de Londres.
Dumont, à St-Vaury (Creuse).
Ehlers, professeur à l'Université, 6, Laxegade, Copenhague.
Emery, chef de clinique adjoint à l'hôpital St-Louis, 4, rue de Rome.
Eraud, ex-chef de clinique à la Faculté, 24, rue Victor-Hugo, Lyon.
Étienne, agrégé à la Faculté, 17, place de la Carrière, Nancy.
Eudlitz, 26, rue Lemercier.
Fabre, membre correspondant de l'Académie de médecine, à Commeny (Allier).
Ferras, ancien interne des hôpitaux de Paris, à Luchon (H^{te}-Garonne).
Ferras (Jean). Luchon (H^{te}-Garonne).

- MM. Fournier (Alfred)**, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Paris, médecin honoraire de l'hôpital St-Louis, membre de l'Académie de médecine, 77, rue de Miromesnil.
- Fournier (Edmond)**, ancien chef de clinique à l'hôpital St-Louis, 77, rue de Miromesnil.
- Fournier (Henri)**, 11, rue de Lisbonne.
- Frêche**, chef de clinique dermatologique, 42, cours Tourny, Bordeaux.
- Fredet**, ancien interne des hôpitaux, professeur honoraire à l'École de médecine de Clermont-Ferrand, à Royat (Puy-de-Dôme).
- Galezowski**, 103, boulevard Haussmann.
- Galippe**, chef de laboratoire à la Faculté, 12, place Vendôme.
- Gastou**, ancien chef de clinique, assistant de consultation à l'hôpital St-Louis, 47, rue de Rome.
- Gaucher (Ernest)**, professeur à la Faculté, médecin de l'hôpital St-Louis, 1, Square Moncey.
- Gilbert**, professeur à la Faculté, médecin de l'hôpital Broussais, 27, rue de Rome.
- Glénard**, membre correspondant de l'Académie de médecine et de la Société de chirurgie de Paris, 99, boulevard Haussmann.
- Griffon**, médecin des hôpitaux, 20, rue Joubert.
- Groll**, 5, place Grenette, Grenoble.
- Guéridaud**, à Clamart (Seine), et à St-Gervais-les-Bains (H^{te}-Savoie).
- Guinard**, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, 20, rue Godot-de-Mauroi.
- Hallopeau**, agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital St-Louis, membre de l'Académie de médecine, 91, boulevard Malesherbes.
- Haushalter**, agrégé à la Faculté de médecine, 4, rue de Rigny, Nancy.
- Hermet**, 121, boulevard Haussmann.
- Heulz**, à la Bourboule (Puy-de-Dôme) et 6, rue de la Bienfaisance, Paris.
- Horand**, chirurgien de l'Antiquaille, 99, rue de l'Hôtel-de-Ville, Lyon.
- Hudelo**, médecin des hôpitaux, 8, rue d'Alger.
- Hutinel**, professeur à la Faculté, médecin de l'hospice des Enfants-Assistés, membre de l'Académie de médecine, 7, rue Bayard.
- Jacquet**, médecin de l'hôpital St-Antoine, 52, rue du Général-Foy.
- Jeanselme**, médecin de l'hôpital Tenon, 16, rue du Général Foy.
- Josias**, médecin de l'hôpital Bretonneau, 3, rue Montalivet.
- Jourdanet**, Uriage.
- Jullien**, agrégé à la Faculté de médecine de Nancy, chirurgien de St-Lazare, 12, rue de la Chaussée-d'Antin.
- Lacapère**, 4, rue Volney.
- Lafay**, 34, rue de la Chaussée-d'Antin.
- Laffite (J.)**, ancien interne des hôpitaux, 42, rue d'Amsterdam.
- Langenhagen (de)**, ancien interne des hôpitaux, à Luxeuil.
- Lapersonne (de)**, professeur à la Faculté de médecine, 80, boulevard Malesherbes.
- Lasserre**, Toulouse.
- Laussedat**, à Royat (Puy-de-Dôme).
- Lavarenne (de)**, 8, rue de Florence.
- Legendre**, La Haye, Malesherbes, Eure.

- MM. Legrain**, médecin-major à l'hôpital militaire de Bougie (Algérie).
Lemonnier, à Flers (Orne).
Lenglet, 9, rue Vezelay.
Le Pileur, médecin de St-Lazare, 15, rue de l'Arcade.
Leredde, ancien assistant de consultation à l'hôpital St-Louis, 4, rue de Villejust.
Lévi-Bing, 8, rue Léonie.
Longin, 33, rue de la Préfecture, Dijon.
Malherbe (M.), 4, rue du Général Meunier, Nantes.
Marfan, agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, 30, rue La Boétie.
Maritoux, à Uriage (Isère).
Marmonnier, 18, rue de la République, Marseille.
Marty, médecin du Dispensaire de salubrité, 23, rue St-Denis.
Melchior (Robert), chirurgien des hôpitaux, 38, rue Sainte, Marseille.
Mendel, ancien interne de l'hôpital St-Louis, 123, faub. St-Honoré, Paris.
Méneau, médecin à la Bourboule, 261, rue Judaique, Bordeaux (Gironde).
Merklen, médecin de l'hôpital Laennec, 19, rue de Téhéran.
Meynet, chef de clinique à la Faculté, 8, rue d'Oran, Lyon.
Mireur, médecin des hôpitaux, 1, rue de la République, Marseille.
Milian, ancien chef de clinique à l'hôpital St-Louis, 11, rue de Naples.
Moreau, 47, rue Rempart-St-Etienne, Toulouse.
Morel-Lavallée, médecin de l'hôpital de la Charité, 30, rue du Rocher.
Morestin, chirurgien des hôpitaux, 1, Square Moncey, Paris.
Moty, professeur agrégé au Val-de-Grâce, médecin de l'hôpital St-Martin, rue des Récollets.
Nélaton, chirurgien de l'hôpital St-Louis, agrégé à la Faculté, 368, rue St-Honoré.
Nicolas, à la Bourboule (Puy-de-Dôme).
Nicolas, 10, place Morand, Lyon.
Ombredanne, chirurgien des hôpitaux, 1, quai aux fleurs, Paris.
Oudin, ancien interne des hôpitaux de Paris, 12, rue de Belzunce.
Pallier, ancien interne des hôpitaux de Paris, 24, rue des Martyrs.
Paris, chef de clinique adjoint de la Faculté, 50, rue d'Assas, Paris.
Pautrier, 1, rue Alfred de Vigny.
Payenneville, 29, rue Beffroy, Rouen.
Perrin, professeur de clinique dermatologique à l'École de médecine, 142, rue de Paradis, Marseille.
Petrini-Galatz, professeur à la Faculté de médecine, Bucharest.
Portalier, 350, rue St-Honoré.
Queyrat, 25, boulevard Latour-Maubourg.
Raymond (Paul), agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.
Raynaud, directeur de la Santé, médecin de l'hôpital civil, 7, place de la République, à Alger.
Renault (Alexandre), médecin de l'hôpital Ricord, 2, square La Bruyère.
Renaut (J.), professeur à la Faculté, médecin des hôpitaux, 6, rue de l'Hôpital, Lyon.

- MM. Rénon (Louis)**, médecin des hôpitaux, 51, avenue Montaigne.
Reumaux, médecin des épidémies, médecin du dispensaire municipal, Dunkerque.
Rey, professeur à l'École de médecine, 2, rue du Bab-Azoun, Alger.
Ricard, agrégé, chirurgien de l'hôpital St-Louis, 68, rue Pierre-Charron,
Richelot (G.), agrégé, membre de l'Académie de médecine, chirurgien de l'hôpital Cochin, 32, rue de Penthhièvre.
Riocreux, 44, rue Ste-Placide.
Rist, ancien interne des hôpitaux, 51, rue Galilée.
Rostaine, 11, rue Roquepine, Paris.
Rothschild (de), 33, faubourg Saint-Honoré, Paris.
Rück, ancien chef de clinique, à Bagnères-de-Luchon; l'hiver, à Saint-Raphaël.
Sabatié, 114, boulevard Beaumarchais.
Sabouraud, chef du laboratoire de la Ville à l'hôpital St-Louis, 62, rue de Caumartin.
Sabrazès, professeur agrégé, médecin des hôpitaux, 2, rue Jean-Burquet, à Bordeaux.
Saint-Germain (de), ancien assistant de consultation à l'hôpital Saint-Louis, 200, rue de Courcelles.
Sauvineau, ancien interne des hôpitaux, 42 bis, rue des Mathurins.
Schmitt, professeur à la Faculté, 51, place St-Jean, Nancy.
Sée (Marcel), ancien interne, assistant adjoint de consultation à l'hôpital Saint-Louis, 2, rue Lavoisier.
Sersiron, 76, avenue Malakoff (Paris), et La Bourboule (Puy-de-Dôme).
Sevestre, médecin de l'hôpital Brstonneau, membre de l'Académie de Médecine, 37, rue de Rome.
Sibut, ancien interne de St-Lazare, 21, boulevard St-Martin.
Sottas, ancien interne des hôpitaux, 113, rue St-Dominique.
Souplet (Abel), ancien interne à l'hôpital St-Louis, 30, rue Bonaparte.
Spillmann, professeur à la Faculté, rue des Carmes, Nancy.
Suchard, ancien interne des hôpitaux de Paris, préparateur au Collège de France, 75, rue Notre-Dame-des-Champs.
Sulzer, 22, rue de Tocqueville.
Tavernier, ex-chef de clinique à la Faculté de Lille.
* **Tenneson**, médecin honoraire de l'hôpital St-Louis, 89, boulevard Montparnasse.
Terson, ancien interne des hôpitaux, 10, place de Laborde.
* **Thibierge (Georges)**, médecin de l'hôpital Broca-Pascal, 64, rue des Mathurins.
* **Verchère**, chirurgien de St-Lazare, ancien chef de clinique chirurgicale de la Faculté, 101, rue du Bac.
Verdalle, Cannes (Alpes-Maritimes), et La Bourboule (Puy-de-Dôme).
Vérité, 13, rue Spontini.
Veyrières, à la Bourboule (Puy-de-Dôme), et 4, place St-Michel, Paris.
Viennois, à Peyrin, par Roman (Drôme).
Weil, 9, rue de Naples.

MM. Wickham (Louis), médecin adjoint de Saint-Lazare, ancien chef de clinique, 20, rue Washington.

Zambaco-Pacha, ancien interne des hôpitaux de Paris, associé national de l'Académie de médecine, 19, rue Kouloglou, Constantinople.

MM. les Membres de la Société sont priés de faire parvenir leurs changements d'adresse à M. le Secrétaire général.

MEMBRES TITULAIRES DÉCÉDÉS

- MM. Ricord**, président d'honneur (1889).
Dreyfous, membre fondateur (1889).
Deligny (1890).
Hortaloup (1893).
Hardy, président d'honneur (1893).
E. Vidal, président (1893).
Lailler, président d'honneur (1893).
Pignot (1893).
Diday, président d'honneur (1894).
Quinquaud, membre du Comité de direction (1894).
Rollet, président d'honneur (1894).
Malécot (1894).
Leloir (1896).
Feulard, archiviste (1897).
Péan (1898).
Puy-le-Blanc (1898).
Gémy (1902).
Kalindero (1902).
Roustan (1904).
Barbe (1905).
Brousse (1905).
Du Castel (1905).
Mauriac (1905).
-

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

MM. LES DOCTEURS :

Amicis (Tommaso de), professeur et directeur de la clinique dermo-syphiligraphique à l'Université de Naples, médecin en chef de la section spéciale des maladies vénériennes et cutanées à l'hôpital des Incurables, membre de l'Académie royale de médecine et de chirurgie de Naples, via Medina, 47, Naples.

Anderson (Thomas Mac-Call), professeur de clinique interne à l'Université, chef du service des maladies de peau à l'hospice Occidental de Glasgow, 2, Woodside Terrace, Glasgow.

Azua-y-Suarez, médecin de l'hôpital San-Juan-de-Dios, 6, rue Villanova, Madrid.

Bayet, chef du service dermatologique de l'hôpital St-Pierre, agrégé suppléant à l'Université, 78, boulevard Waterloo, Bruxelles.

Beck-Soma, 16, Wachner boulevard, Buda-Pesth.

Behrend, professeur de dermatologie, 22, Mittelstrasse, Berlin.

Bergh, professeur de clinique, médecin en chef de l'hôpital de l'Ouest (femmes vénériennes), 19, Stromgade, Copenhague.

Bertarelli (Ambrogio), directeur de la section des maladies de peau à l'hôpital Majeur de Milan, membre du conseil sanitaire de la province de Milan, rédacteur en chef du *Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle*, via S. Orsola, 1, Milan.

Blaschko, 104, Friedrichstrasse, Berlin.

Boeck (Cæsar), professeur de clinique dermatologique à l'Université, Christiania (Norvège).

Bogdan (Georges), médecin adjoint de l'hôpital St-Spiridon, professeur de médecine légale, Iassy.

Breda, professeur de dermatologie à l'Université, Padoue.

Brodeur, ancien interne des hôpitaux de Paris, 707, rue Sherbrooke, Montréal (Canada).

Brooke (H. G.), professeur de dermatologie à Owens College, Manchester.

Bulkley (L. Duncan), médecin de l'hôpital de New-York, 531, Madison avenue, New-York.

Bunch (J. L.), 116, Piccadilly, London.

Campana (Roberto), professeur de clinique dermo-syphilopathique à l'Université, Rome.

Castelo-y-Canalis, médecin de l'hôpital San-Juan-de-Dios, 19, rue Claudio-Coello, Madrid.

Castrillon, chargé du cours de dermatologie à Santa-Fé-de-Bogota (Colombia).

- MM. Caspary**, professeur de dermatologie à l'Université, Königsberg.
Cavafy (John), médecin de l'hôpital St-Georges, 2, Upper Berkeley street, Portman square, Londres.
Chaves (Bruno), ministre des États-Unis du Brésil, 15, Schwing, Vienne.
Colombini, professeur de dermatologie à Sassari.
Crocker (H. Radcliffe), membre du Collège royal des médecins de Londres, chef du service des maladies de la peau à l'hôpital de l'Université, médecin des enfants à l'hôpital de l'Est, 124, Harley street, Londres.
Cruyl, chef du service chirurgical à l'hôpital civil et assistant à l'Université, 18, rue Longue-du-Marais, Gand.
Dind, professeur à la Faculté de médecine, Lausanne.
Djelaeddin-Moukhtar, professeur à la Faculté de médecine, Constantinople.
Doutrelepont, professeur de dermatologie à l'Université, Bonn.
Ducrey (Augusto), professeur de pathologie et clinique dermo-syphilopathiques à l'Université de Pise, Italie.
Duhring (Louis A.), professeur de dermatologie à l'hôpital de l'Université de Pensylvanie, 1416, Spruce street, Philadelphie.
Düring (von), professeur à l'Université, Kiel.
Eddower (Alfred), 28, Wimpole Street, London.
Elliott, 36 East 35th street, New-York.
Euthyboule, médecin de l'hôpital Zeineb-Kiamil, chargé du service des maladies cutanées et vénériennes à l'hôpital français Jérémie, 5, rue Mekteh, Péra, Constantinople.
Falcao, directeur du service dermatologique à l'hôpital général, Lisbonne.
Filaretopoulos, agrégé à Athènes.
Finger, professeur à la Faculté de médecine de Vienne, I. Graben, 26, Vienne.
Fiweisky, médecin de l'hôpital Miasnitzkaja, médecin du dispensaire de salubrité, Karetnaja Sadowaja, 235, Moscou.
Fox (J. Colcott), professeur de dermatologie à l'hôpital Westminster, médecin de l'hôpital des Enfants Victoria, membre du Collège des médecins de Londres, etc., 14, Harley street, Cavendish square, Londres.
Galloway, médecin de l'hôpital Charing Cross, 54, Harley street, Londres.
Gay, professeur de dermatologie, Kazan.
Glück, médecin de l'hôpital de l'Etat à Sarajewo.
Godinho (Jorge), rue Garret, 62, Lisbonne.
Graham (Little), 61, Wimpole Street, London.
Griffith (J. S.), Redland Park house, Bristol.
Hansen, Bergen, Norvège.
Haralamb, médecin de l'hôpital Colentina, 3, strada Renascerei, Bucharest.
Haslund (Alex.), professeur de dermatologie et de syphiligraphie à l'Université, médecin en chef de l'hôpital Communal, 62, Kjöbmagergade, Copenhague.

- MM. Havas**, docent de dermatologie et de syphiligraphie à l'Université de BudaPest, directeur de la policlinique dermatologique, IV, rue Maria-Valéria, 7.
- Hutchinson (Jonathan)**, F. R. C. S., chirurgien du London hospital et de l'hôpital des maladies de la peau, 15, Cavendish square, W., Londres.
- Hyde (Nevins)**, professeur de dermatologie, 100, State street, Chicago.
- Jacobi**, professeur à l'Université, Fribourg-en-Brisgau, Allemagne.
- Jadassohn**, professeur de dermatologie 7, Pavillonweg, Berne.
- Jamieson**, 26, Rutland street, Edimbourg.
- Janovaky (Victor)**, professeur à la Faculté de médecine Tchèque, médecin des hôpitaux, directeur de la clinique dermatologique et syphiligraphique de la Faculté, membre du Conseil d'hygiène de la ville, etc., Hopfenstochgasse, 5, Prague.
- Julinsberg**, Francfort-sur-le-Mein.
- Keser**, privat-docent de dermatologie et de syphiligraphie à la Faculté de médecine, place du Port, 1, Genève.
- Krefting (Rudolf)**, Christiania, Norvège.
- Lang (Eduard)**, professeur à l'Université de Vienne, médecin en chef de l'Hôpital général, membre de l'Académie Léopoldino-Carolina Cæsarea, Ebendorferstrasse, 10, Vienne.
- Lanz**, agrégé à l'Université, Armianski per, maison Konstantinoff, Moscou.
- Lassar**, professeur à l'Université, Reichstag Ufer 1, Berlin.
- Lebel**, médecin directeur de la Prison de Québec, Canada.
- Lesser**, professeur de dermatologie, Lützow Ufer, 19, Berlin.
- Lindström**, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Kiew, Russie.
- Liveing**, membre du Collège Royal des médecins de Londres, 11, Manchester square, Londres.
- Lustgarten**, à New-York.
- Macleod**, Harley street, 11, Londres.
- Majocchi** (professeur), directeur de la clinique dermo-syphilopathique, Bologne.
- Malcolm (Morris)**, chef de la section des maladies de la peau et chirurgien à l'hôpital Sainte-Marie, 8, Harley street, Cavendish square, Londres.
- Mannino (L.)**, chef du service des maladies vénériennes et cutanées à l'Hôpital civil, membre de l'Académie royale de médecine de Palerme, etc., via Cavini, 27, Palerme.
- Mello-Breyner (Thomas de)**, 59, Junqueira, Lisbonne.
- Mendes da Costa**, professeur de dermatologie, 39, Frederiksplein, Amsterdam.
- Méric (de)**, chirurgien de l'hôpital français de Londres, 35, Bryanston street, Portman square, Londres.
- Mibelli**, professeur de dermatologie, 79, via Ventidue-Luglio, Parme.
- Moeller (Magnus)**, docent de dermatologie et de syphiligraphie, chef de service à l'hôpital St-Goran, Stockholm.
- Morrow (Prince)**, ancien directeur du *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, 66, West 40th street, New-York.
- Mracek**, professeur de dermatologie, Vienne.

MM. Munro, Sydney.

Neisser, professeur et directeur de la Clinique dermatologique, 112 Fürstenstrasse, Breslau.

Nékam, privat-docent, rue Kossuth, 2, Buda-Pesth, Hongrie.

Neumann (Isidor), professeur de dermatologie et de syphiligraphie à l'Université, directeur de la clinique syphiligraphique de Vienne, 29, Rothenthurmstrasse, Vienne.

Nicoulau, à Bucarest.

Nikolsky, professeur de dermatologie, 14, Sadoveja, Varsovie.

O'Brien, 29, Merrion Square North, Dublin.

Olavide y Malo (José), directeur du musée dermatologique de l'hôpital San-Juan-de-Dios, 17, rue Jorge-Juan, Madrid.

Oltramare, professeur extraordinaire de dermatologie et de syphiligraphie à la Faculté de médecine, 11, Corraterie, Genève.

Oro (Mario), 23, via Tarsia, Napoli.

Pardo Regidor, 22, calle della Luna, Madrid.

Pautry, 4, rue du Mont-Blanc, Genève.

Pawloff professeur de dermatologie, 57, rue des Officiers à St-Petersbourg.

Pellizzari (Celso), professeur de dermatologie à l'Institut des Études supérieures, 2 via della Colonna, Florence.

Pernet (Georges), 94, Harley Street, London.

Petersen, à St-Petersbourg.

Pharmacopoulos, à Athènes.

Pick (Fillipp-Josef), professeur et directeur de la clinique dermatologique et syphiligraphique à l'Université allemande de Prague, médecin en chef de l'Hôpital général, rédacteur en chef de l'*Archiv für Dermatologie und Syphilis*, III, Jungmannstrasse, 41, Prague.

Piffard (Henri), chirurgien de Charity Hospital, 256, West 57th street, New-York.

Pini, assistant à la clinique dermo-syphilopathique, Ospedale S. Orsola, Bologne.

Pospelow, professeur à la Faculté de médecine de Moscou, directeur de la clinique des maladies cutanées et vénériennes, médecin en chef de l'hôpital de la Miasnitzkaja, rue Miasnitzkaja, hôpital Miasnitzkaja, Moscou.

Pringle, médecin de Middlesex Hospital pour les maladies de la peau, professeur de dermatologie à l'École de médecine, membre du Collège royal des médecins de Londres, 23, Lower Seymour street, Portman square, Londres.

Profeta (Giuseppe), professeur de l'Université, Palerme.

Proksch, à Vienne.

Rasch, 10, Amagertow, Copenhague.

Ravogli, 88, West 7th street, Cincinnati, Etats-Unis.

Riehl, professeur de dermatologie à l'Université, Vienne.

Rille, professeur de dermatologie, Liepzig.

Robinson (A. R.), professeur de dermatologie à la Policlinique, professeur d'anatomie pathologique et de dermatologie au Collège médical des femmes, 248, West 42th street, New-York.

- MM. Rona**, Professeur, médecin de l'hôpital Saint-Stephan, Andrassy-uctza, 23, Budapest, Hongrie.
- Rosenthal**, conseiller sanitaire, Postdamerstrasse, 121 g., Berlin.
- Schiff (Eduard)**, professeur, 1, Wallfischgasse, 6, Vienne.
- Sommer (Baldomero)**, Buenos-Ayres.
- Spiegler**, privat-docent de dermatologie à l'Université, Ebendorferstrasse, 10, Vienne.
- Stelwagon**, 1634, Spruce street, Philadelphie.
- Stephen Mackensie**, à Londres.
- Silva (da)**, Lisbonne.
- Szrwykowski (Michel)**, ancien assistant de l'hôpital Saint-Esprit, rue Erywanska, 10, Varsovie.
- Tarnowski (Benjamin)**, professeur à l'hôpital de Kalinkine, professeur à l'Académie de médecine de Saint-Pétersbourg, président de la Société russe de syphilidologie et de dermatologie, etc., quai de la Moika, 104, Saint-Pétersbourg.
- Taylor (R. W.)**, professeur des maladies vénériennes au Collège des médecins et chirurgiens, chirurgien de l'hôpital de la Charité, chef du service des maladies de la peau à l'hôpital de New-York, 40 West 21th street, New-York.
- Thin (George)**, 22, Queen's Anne street, Cavendish square, Londres.
- Thomachewski**, professeur de dermatologie, Kiew.
- Török (Louis)**, 16, Andrassyuctza, Budapest.
- Touton**, 20, Friedrichstrasse, Wiesbaden.
- Troisfontaines**, professeur à la Faculté de médecine, Liège (Belgique).
- Umbert**, Barcelone.
- Unna**, 5, Park-Allee, Eimsbüttel, Hambourg.
- Vajda**, agrégé à l'Université, I. Naglergasse, 58, Vienne.
- Veiel**, à Cannstadt.
- Virgilio (Baptista)**, Lisbonne.
- Watraszewski (de)**, médecin de l'hôpital St-Lazare, Varsovie.
- Welander (Édouard)**, professeur agrégé de syphilidologie à l'École de médecine (Institut Carolin), médecin en chef de l'hôpital St-Göran, 10, Skeppsbron, Stockholm.
- White (James C.)**, professeur de dermatologie à l'Université Harvard, 259, Marlborough street, Boston.
- Wolff**, professeur de dermatologie, 5, rue Empereur-Frédéric, Strasbourg.
-

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS DÉCÉDÉS

Professeur **Mansouroff**, de Moscou (16 novembre 1892).

Professeur **Manassei**, de Rome (1893).

Professeur **Pellizzari (Pietro)**, de Florence (1894).

Professeur **Smirnoff**, d'Helsingfors (1896).

Professeur **Stoukowenkoff**, de Kiew (1897).

Professeur **Schwimmer**, de Buda-Pesth (1898).

Professeur **Olavide**, de Madrid.

Docteur **van Hoorn**, d'Amsterdam.

Professeur **Kaposi**, de Vienne (1902).

Professeur **Hans von Hebra**, de Vienne (1902).

Professeur **Jarisch**, de Gratz.

Professeur **Tommasoli**, de Palerme (1904).

Professeur **Köbner**, de Berlin (1904).

Professeur **Scarenzio**, de Pavie (1904).

BULLETIN
DE LA
SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE
ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 11 JANVIER 1906

Présidence de M. Alfred Fournier.

SOMMAIRE. — Ouvrages offerts à la Société. — Lettre de M. LENGLET. — Lettre de M. BARTHÉLEMY. — A l'occasion du procès-verbal : MM. GAUCHER, BARTHÉLEMY, THIBIERGE. — Note de M. Barthélemy sur un cas de chancre gangreneux mutilant de la verge, présenté à une précédente séance, par M. GRIFFON. — Sur les radiodermes, par M. GAUCHER. — Calomel et huile grise au gâicoloid, par M. GRIFFON. — A propos de la contagion peladique, par M. JACQUET. (Discussion : MM. HALLOPEAU, JACQUET.) — Lichen obtusus et vitiligo ; examen histologique, par MM. DANLOS et GASTOU. — Lichen plan à localisation pileaire simulant le pityriasis rubra de Devergie, étude histologique, par MM. DANLOS et GASTOU. (Discussion : M. DARIER.) — Erythème miliaire leucogénique prurigineux chronique, par M. MILIAN. (Discussion : M. DARIER.) — Sur un lichen de Wilson tubéreux vitiligoïde, variété nouvelle, par M. HALLOPEAU. (Discussion : MM. DARIER, FOURNIER.) — Sur un érythème induré de l'avant-bras et ses caractères particuliers, par MM. HALLOPEAU et ROY. — Psoriasis atypique au cours d'une infection blennorrhagique, par MM. BALZER et DESHAYES. (Discussion : M. BARTHÉLEMY.) — Syphilis ignorée, par M. MOTY. (Discussion : MM. BARTHÉLEMY, FOURNIER, RENAULT.) — Sur un cas d'hydradénomes éruptifs chez une malade atteinte de lupus érythémateux, par MM. HALLOPEAU et GASTOU. — Sur une forme spéciale de prurigo d'origine vésanique (variété nouvelle), par MM. HALLOPEAU et ROY. — Traitement de l'eczéma par un baume aux principes actifs en combinaison avec le camphre et en dissolution dans l'acétoue, par M. GRIFFON. (Discussion : MM. HALLOPEAU, BALZER.) — Un cas d'intoxication par le dermatol, par M. AL. RENAULT. (Discussion : M. LAFAY.) — Engelures gangreneuses héréditaires, par M. DUBREUILH. — Sarcome du sein chez une femme kabyle, par M. LEGRAIN. — Quelques cas de phthiriasis anormaux, par M. BRAULT. — Tuberculides papulo-nécrotiques étendues, avec déformations digitales très accentuées, par M. J. BRAULT. — Deux cas de gangrène de la fesse consécutive à une injection mercurielle, par M. PIERRE NIKOLSKY (Varsovie). (Discussion : M. GAUCHER.)

Ouvrages offerts à la Société.

A. FOURNIER. — *Syphilis secondaire tardive*. Rueff, 1906.

M. FOURNIER. — J'ai l'honneur d'offrir à la Société un livre que je viens de publier sous le titre de *Syphilis secondaire tardive*.

Ce livre est consacré à la démonstration de deux vérités cliniques que j'annoncerai sommairement ici.

La première, c'est qu'il n'est pas rare ou même, disons mieux, qu'il est assez fréquent de rencontrer des manifestations de forme secondaire, de

modalité absolument secondaire, au cours de ce qu'on appelle la période tertiaire, voire à des échéances avancées, parfois très avancées, de cette période, c'est-à-dire 10, 15, 20 ans et plus au delà du chancre.

A ne citer que deux types, figurés ici, on observe la syphilide improprement dite (mais n'importe) psoriasis palmaire ou plantaire et une variété de glossite dite glossite décapillante jusqu'à la 12^e, 15^e, 20^e année de la maladie, voire au delà, avec une modalité objective tout à fait secondaire, avec la modalité qu'affectent ces mêmes accidents alors qu'ils se produisent dans une étape jeune de la maladie.

La seconde vérité (celle-ci comportant un intérêt pratique considérable) est que certaines de ces manifestations secondaires lointaines, attardées en quelque sorte dans l'étape tertiaire, peuvent conserver leur contagiosité. Par cela même qu'il y a des syphilides secondaires tardives, il y a des *contagions syphilitiques tardives*, c'est-à-dire qu'en pleine période tertiaire, voire en période tertiaire avancée, des contagions syphilitiques peuvent résulter de syphilides secondaires attardées, par exemple de plaques muqueuses génitales ou buccales.

Jusqu'à quelles échéances de telles contagions peuvent-elles se produire ?

1^o D'une façon certaine *jusqu'à la 10^e année*. On peut être affirmatif jusqu'à la 10^e année, parce que jusqu'à ce terme, les exemples observés sont assez nombreux pour faire foi.

2^o D'une façon possible, probable même, *plus tard encore*. Ainsi on a cité des contagions issues de manifestations secondaires après 12, 13, 17, 18 ans. Mais de tels faits ne constituent encore que des observations d'attente qui demandent à être confirmées par une enquête supplémentaire, et il n'est pas permis encore d'en tirer de conclusions.

En tout cas, il est bien certain (sans parler des accidents de forme tertiaire qui ne sont pas en cause pour l'instant) que la contagiosité syphilitique est susceptible de s'exercer à échéances bien plus tardives qu'on ne le croyait jusqu'ici, et cela de par des accidents de modalité secondaire.

PAYENNEVILLE. — *La langue plicaturée symétrique congénitale*. Rousset, 1905.

R. BERGH. — Ueber das Verhältnis des Lymphgefäßsystems bei (primärer) syphilitischer Infection bei Weibern. *Sonder-Abdruck aus : Monatshefte für praktische Dermatologie*, 41 Band, 1905.

GAUCHER et LACAPÈRE (Paris). — Radionévrites et troubles trophiques cutanés. *Sonder-Abdruck aus den Verhandlungen des V^e Internationalen Dermatologen Congresses*, II Bd.

Correspondance manuscrite.

A Monsieur le Président de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,

Veuillez me permettre d'attirer l'attention du Comité de Direction de la Société et la vôtre sur la situation difficile où se trouve, à chaque séance, le secrétaire chargé du compte rendu. La place matérielle qui lui est

réservée lui rend impossible de suivre une discussion qu'il n'entend presque jamais et dont il ne lui parvient, à travers les rangs compacts des spectateurs, que des bribes inutilisables. Le compte rendu ne saurait, en de telles conditions, être l'image fidèle de la séance. J'ai pensé qu'il était de l'intérêt de tous de modifier une situation qui ne permet de rendre à personne ce qui lui appartient et qui annule en fait le désir qu'a le secrétaire d'être précis et fidèle rapporteur.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression très respectueuse de mes sentiments dévoués.

E. LENGLET.

M. LE PRÉSIDENT. — Le bureau s'occupera de faire droit aux très justes réclamations de nos zélés secrétaires.

MONSIEUR ET HONORÉ PRÉSIDENT,

En ouvrant le dernier *Bulletin* de la Société, paru *après* la réunion de décembre, je remarque que le compte rendu est fort incomplet.

La discussion qui a eu lieu relativement au cas de phagédénisme présenté par M. Griffon a été complètement supprimée. Pour ma part, j'avais envoyé en temps voulu des notes qui n'ont pas été imprimées.

Il me semble que le compte rendu doit contenir ce qui se dit à la Société ; c'est une règle formelle, et ce n'est qu'à cette condition que les sociétés peuvent fonctionner. Personne n'a le droit de faire de semblables suppressions qui rappellent trop la censure.

Ma protestation est bien plus une affaire de principe pouvant intéresser tout membre de la Société qu'une réclamation pour une publication personnelle.

Veuillez agréer, Monsieur et honoré Président, mes plus respectueuses salutations.

D^r T. BARTHÉLEMY,

Membre fondateur.

M. LE PRÉSIDENT. — Il va sans dire que l'erratum réclamé par M. Barthélemy sera inséré dans notre prochain *Bulletin*.

A propos de la rédaction du procès-verbal.

M. GAUCHER. — L'observation que je vais faire se rapporte au procès-verbal de l'avant-dernière séance. Si je ne l'ai pas faite dans la dernière séance, c'est que le *Bulletin*, comme cela arrive souvent, n'avait pas encore paru.

Dans l'avant-dernière séance, j'avais présenté un travail de M. le professeur Nikolsky (de Varsovie), membre correspondant de la Société, et j'avais fait suivre ce travail de quelques remarques personnelles.

Étonné de ne pas voir figurer ce travail dans le *Bulletin*, j'ai écrit au secrétaire de la séance, M. le D^r Lenglet, qui, très correctement, m'a répondu la lettre suivante :

« MONSIEUR ET TRÈS HONORÉ MAÎTRE,

« Voici, sans autre explication personnelle, ce qui est arrivé au sujet de la communication de M. Nikolsky : je l'ai, avec le reste du compte rendu, portée à M. le D^r Thibierge, qui m'a prié de la retourner à M. Nikolsky.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

Calomel et huile grise au gaïacoloid.

Par M. GRIFFON.

Dans la discussion qui a suivi ma présentation de malade dans la précédente séance, discussion qui a porté, on se le rappelle peut-être, sur le calomel indolore, j'ai répondu à M. Lafay que si le camphre et le gaïacol avaient été employés parfois dans les solutions de sels mercuriels, on n'avait pas encore eu recours à l'association systématique et préalable de ces deux substances qui, primitivement solides, donnent par une véritable combinaison chimique un agent analgésique nouveau, de consistance liquide, auquel M. Duret propose de donner le nom de *gaïacoloid*.

Ma réponse n'ayant pu être imprimée dans le compte rendu de la séance, je me permets de la renouveler aujourd'hui.

Dans le même ordre de faits, M. Duret a préparé une huile grise au gaïacoloid dont les injections, comme celles de la préparation de calomel, sont tout à fait indolores.

M. LÉVY-BING. — Pour bien juger de la valeur d'une préparation, au point de vue de la douleur produite par l'injection, il faut une expérience basée sur un très grand nombre d'injections ; sinon on risque de tomber sur une série, heureuse ou malheureuse, et d'en tirer des conclusions inexactes. Seule l'huile grise, bien préparée, et injectée selon les règles n'est jamais douloureuse ; aussi suis-je un peu étonné de voir M. Griffon rechercher un moyen de la rendre indolore, alors qu'elle l'est déjà naturellement.

M. A. FOURNIER. — L'ordre du jour de la séance étant très chargé, je propose de renvoyer à la prochaine séance la discussion de cette question de l'huile grise indolore.

A propos de la contagion peladique.

Par M. JACQUET.

Notre collègue, M. Hallopeau, a résumé dans la dernière séance une lettre du D^r Giry, de Briey, relative à une épidémie peladique qui aurait eu lieu au printemps dernier dans cette localité.

Cette épidémie avait été relatée par le D^r Giry dans une lettre antérieure insérée au *Journal des Praticiens* et qui constitue le document *initial*.

Voici d'abord cette lettre, dont M. Hallopeau n'a pas cru devoir donner lecture ni demander l'inscription dans nos archives :

Je ne saurais laisser passer sans protester la conclusion d'un article intitulé « La Pelade », de M. le Dr Jeanselme, qui prétend que la maladie ne se communique pas.

Je ne me permettrai pas de nier l'origine tropho-névrotique de la pelade, n'étant pas dermatologiste, mais simplement médecin de campagne depuis six ans.

Je serais heureux, cependant, de soumettre à M. le Dr Jeanselme l'observation suivante :

Le 1^{er} février, je voyais à ma consultation une enfant de 11 ans, atteinte de pelade et habitant un village des environs de Briey.

Le 23 avril, je vaccinai dans ce village, et sur 45 élèves composant l'école, je trouvais 11 cas de pelade. J'avais cependant demandé à la mère de la première malade d'éloigner son enfant de l'école, car j'avais à ce moment-là déjà de sérieuses raisons de croire à la contagiosité de la pelade. Elle n'en avait rien fait.

D'après les renseignements que me fournit l'instituteur, l'enfant que j'avais vu le 1^{er} février avait contagionné les autres enfants.

Il semble qu'il y ait là un fait indiscutable; pour ma part, je crois à la contagion de la pelade; j'ajouterai même qu'il est dangereux de dire à des médecins : « La pelade ne se communique pas ». — Dr GIRY (de Briey), *Médecin de l'Assistance publique*.

M. JEANSELME a répondu par la lettre suivante :

MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF,

Au cours d'une leçon dont le *Journal des Praticiens* a donné le résumé, j'ai émis l'opinion que la pelade ne se communique pas.

M. le Dr Giry s'élève contre cette assertion et me soumet l'observation suivante :

(Suit l'observation....)

Une épidémie de pelade atteignant le quart des enfants qui fréquentent une école, est un fait du plus haut intérêt. Malheureusement cette observation est rapportée en termes trop succincts pour qu'il soit possible, à mon avis, d'en tirer une conclusion.

Nombre d'affections du cuir chevelu peuvent simuler la pelade. Mais je suppose que ces 11 enfants étaient tous peladiques. Ce premier point concédé, il n'en résulterait pas nécessairement que la contagion soit en cause. Pour l'établir sans réplique, il faudrait démontrer, par une enquête sévère, la filiation des cas. Or, sur ce point capital, notre confrère se borne à nous apporter les dires de l'instituteur. Il me permettra d'exprimer le regret que les contagionnistes et les anti-contagionnistes n'aient pas été appelés à faire, sur lieu, une enquête contradictoire d'où, peut-être, aurait jailli la lumière.

En attendant que le problème étiologique soit résolu, j'estime avec la majorité des dermatologistes, qu'un médecin n'est pas en droit, pour éviter les chances d'une contagion fort problématique, d'écarter les enfants de l'école, à leur grand préjudice, pendant de longs mois.

C'est là, je crois, le langage même du bon sens.

Permettez-moi maintenant quelques réflexions personnelles.

Les plaques, dit notre confrère, étaient, *à la période d'état*, complètement dénudées, glabres, arrondies, absolument lisses.

Et d'autre part, *au début*, les plaques étaient recouvertes de poils follets, blancs, disséminés, minces, atrophiés, s'arrachant très facilement avec le bulbe.

Et je vous demande, moi, si vous avez *jamais* vu des aires *au début* sous un tel aspect ?

Notre collègue M. Hallopeau a relevé la méprise du Dr Giry : il a pris, nous dit-il, « pour des plaques au début des pelades déjà en voie de guérison ».

L'auteur était à la fin d'une épidémie alors qu'il se croyait au début : voilà tout ; il n'entre pas pour cela une lueur de doute dans l'esprit de M. Hallopeau.

Or, je ferai remarquer, moi, que voilà une méprise un peu forte et qui peut nous permettre d'en supposer beaucoup d'autres.

Et puis, le cas initial, contaminateur, ayant été reconnu le 1^{er} février, comment se peut-il, à supposer même que la contamination ait eu lieu, *dès le premier jour*, que déjà, au 23 avril, des aires « siégeant pour la plupart sur les côtés de la nuque et atteignant la dimension d'environ 3 centimètres », aient eu le temps de traverser leurs phases d'*inoculation*, d'*incubation*, d'*évolution* et de *régression* !

D'autre part, notre confrère ignore absolument, si au moment de son premier cas de pelade, il n'y avait pas *déjà* dans l'école, des enfants peladiques, et *peladiques* AVANT leur entrée à l'école de Briey. Notons à ce propos qu'il ne s'agit point là d'une population infantine sédentaire, mais essentiellement « *flottante*, composée d'ouvriers d'usine et de terrassiers », si bien que, au mois de novembre, il restait seulement à l'école 5 des enfants supposées contaminées (1).

Dans les quelques détails qui nous sont donnés, tout n'est donc que confusion et trouble.

Comment en serait-il autrement ? C'est le 23 avril que M. le Dr Giry a examiné les fillettes de Briey et c'est le 12 novembre, soit 6 mois 1/2 plus tard, que, sur les instances de M. Hallopeau, notre confrère, qui déclare de lui-même n'avoir fait aucune enquête, et s'en tenir aux affirmations de l'instituteur, que notre confrère, dis-je, s'efforce de légitimer son diagnostic, et son affirmation : chacun jugera, selon sa mentalité, s'il y est ou non parvenu.

J'ajoute qu'il s'agit dans l'espèce d'une école de *fillettes*, d'enfants à cheveux longs, par conséquent, et l'on peut croire que les contacts

(1) Lettre du Dr Giry, du 25 décembre 1905.

directs d'aire peladique au cuir chevelu d'une compagne, ne sont pas aisés. Mais il n'importe, il suffit à notre confrère que les chapeaux de ces enfants se soient rencontrés « sur le bord d'une fenêtre » pour que la contagion lui paraisse établie (1).

Eh bien, je saisis cette occasion de faire connaître, qu'à l'heure actuelle je n'ai pas fait moins de ONZE CENTS tentatives d'inoculation peladique, par pénétration directe de l'aiguille chargée de produits frais, prélevés sur des aires *récentes, non traitées*, dans les follicules pilo-sébacés eux-mêmes, et cela sur des surfaces frottées au préalable, puis recouvertes pendant *plusieurs* jours, avec des pièces d'ouate, chargées par friction sur les mêmes aires.

Ces tentatives ont été faites sur plusieurs anciens peladiques et, au nombre de 83, sur un malade en pleine évolution peladogène, et qui pendant nos tentatives fit sous nos yeux un nouveau disque, en une région vierge, à plus de 7 centimètres des points d'inoculation *les plus proches*.

Oui ou non, y avait-il là, la graine et le terrain (2)?

Et le résultat de tout cela : NÉANT, en dépit d'un si extraordinaire luxe de conditions favorables.

Pendant ce temps à Briey, loin de tout œil critique, voici une extraordinaire floraison de contagion et d'épidémies : à l'école; dans une famille; au contact d'un cheval; en ville « 10 cas *au moins* » chez des hommes ayant le *même* coiffeur.

Pourquoi *au moins*? Notre confrère n'aurait-il pas eu la force de dénombrer exactement tous ses peladiques, tant ils fourmillent! Voilà un « *au moins* » qui en dit long sur la précision apportée à ces recherches.

Dans la lettre qu'il a bien voulu m'adresser, d'ailleurs, notre confrère, plus simplement, déclare que dans sa clientèle il a vu souvent des peladiques adultes; « ceux que j'ai remarqués à Briey, dit-il, avaient tous leur point de départ chez le coiffeur »; mais, ici, il n'est plus question du *MÊME*, et il faut bien faire remarquer, puisqu'on ne semble pas s'en douter, que chacun ou peu s'en faut ayant inévitablement affaire au coiffeur, on se trouve toujours à *une, deux ou trois* semaines d'une manipulation de ce genre.

Quoi qu'il en soit, Briey étant la terre bénie de la contagion peladique, j'ai écrit à notre confrère pour le prier de vouloir bien nous aviser à temps des épidémies *futures*; et je n'hésiterai pas, de concert avec un contagionniste zélé, à aller observer sur place.

Mais en même temps je le prévien que désormais, son attention

1: *Ibid.*

(2) Voy. pour le détail de ces expériences la thèse de mon élève Spiral : *Étude sur les essais expérimentaux d'inoculation peladique à l'homme*. Paris, Steinheil, 1905.

étant éveillée, et son diagnostic plus sévère, il n'aura probablement pas l'occasion de nous déranger.

Mais comme il croit devoir nous avertir qu'il est dangereux de dire à des médecins : « La pelade ne se communique pas », je tiens à lui faire connaître à quel point en effet ce danger est grave.

Personnellement je m'y suis énormément exposé : voilà 5 ans déjà que je signe *tous les certificats de non-contagiosité qu'on me demande* : et cela fait beaucoup. J'en signe aussi au nom de certains de nos collègues, qui ne veulent pas assumer — pour le moment — eux-mêmes cette responsabilité. J'aurais donc largement semé la pelade autour de moi, et sans doute n'aurait-on pas manqué à l'occasion de me le faire savoir : *où est la contagion ? où sont les épidémies ?*

J'ai vu dans une école de Bondy, une *épidémie* qui me fut signalée par le Dr Lavocat. Enquête faite, ce confrère convint volontiers et voulut bien m'autoriser à déclarer qu'elle « s'était envolée ».

J'ai vu un cas de *contagion*. Il est si favorable à ma doctrine, il en constitue une vérification si *amusante* dans sa précision, il est si à souhait pour me servir, que je n'oserais pas vous le relater, si je ne pouvais invoquer d'un bout à l'autre, le témoignage de mon collaborateur, le Dr Gaumerais.

Le 3 avril 1903, une personne connue de la société parisienne vient me trouver et me tient ce langage :

D. Docteur, vous rappelez-vous qu'il y a 2 ans je vous ai conduit mon chauffeur pour une pelade assez sérieuse ?

R. Parfaitement.

D. Vous me déclarâtes alors que la maladie n'est nullement contagieuse.

R. C'est en effet mon opinion.

D. Eh bien, je restai un an sans chauffeur, puis j'en repris un nouveau et je lui fis porter la casquette de son prédécesseur, sans lui cacher d'ailleurs qu'il avait eu la pelade. Et voici que, deux mois après, celui-ci à son tour a été atteint ; et je ne vous cache pas qu'il est très mécontent et que je suis fort ennuyé.

Un tel langage et un tel fait troubleraient sans doute un dermatologiste moins endurci que moi dans la non-contagiosité.

Mais depuis 7 ou 8 ans déjà, j'ai trop observé et expérimenté, sans nul autre souci que celui du vrai, et j'ai, pardonnez-moi l'expression, trop dégonflé déjà de fantômes en ce genre, pour que je fusse très anxieux.

Je répondis à M. L... que je comprenais son émotion et son langage ; et que je le priais de m'envoyer son nouveau chauffeur avec la casquette coupable : cela fut fait le jour même.

M. O... portait en effet à la tempe *droite* une aire peladique égale à une pièce de 1 franc environ, avec poils cassés et massués, reconnue 3 jours plus tôt.

Or, 2 ou 3 semaines *auparavant*, M. O... avait éprouvé une assez forte névralgie à la mâchoire supérieure *droite*, et cela 5 à 6 jours durant.

Je constatai du même côté une nette hyperesthésie des points faciaux *droits*, et une pulpo-périostite de la première molaire supérieure *droite*.

Et je dis à M. O... : vous irez trouver aujourd'hui même le Dr Gaumerais ; il soignera votre dent et vous serez *guéri, dans 5 semaines, je vous en donne ma parole d'honneur, à la condition que vous portiez de nouveau la casquette de votre camarade.*

Il voulut bien y consentir.

Gaumerais arracha la première molaire *droite* ; soigna de façon appropriée une grosse carie pénétrante de la première molaire inférieure *droite* : *nul autre traitement.*

Et le 17 mai, c'est-à-dire exactement 43 jours plus tard, nous constatons d'assez nombreux follets de repousse, colorés et sains : le 14 juin le disque était entièrement recouvert de poils sains présentant une longueur d'environ 1 centimètre.

Je crois au total, pour en revenir aux cas de Briey, qu'ils ne sont pas de nature à modifier l'assertion, que *pas un cas d'inoculation, de contagion, pas une épidémie, n'ont été scientifiquement et contradictoirement observés et constatés* : cette phrase est un bloc, que tous les efforts contagionnistes n'ont pu soulever encore.

Et, par contre, j'ose annoncer à la Société que je lui apporterai à la séance d'avril, je l'espère, un ensemble de faits confirmant lumineusement et irréfutablement, je crois, l'opinion et la doctrine que j'ai avancées, que je maintiens, que je complèterai et que *j'établirai, pour tout esprit impartial.*

M. HALLOPEAU. — J'ai reçu de M. Giry une nouvelle lettre dans laquelle il fournit des indications, à mon sens tout à fait probantes, en faveur de la contagion peladique ; j'en donne lecture :

Voici l'observation des 5 cas de pelade dont je puis affirmer la contagion, ayant observé le premier cas, en tout 6 cas de pelade dans la même famille.

M^{me} D..., habitant les environs de Metz, vint un jour à ma consultation : depuis 10 mois elle était atteinte au côté droit de la nuque d'une plaque de 3 centimètres et demi, absolument dénudée.

Elle avait suivi différents traitements ; elle venait surtout me trouver parce qu'un médecin de Metz bien connu lui avait dit qu'elle était atteinte de pelade. Ses deux filles portaient également l'une deux plaques, l'autre une plaque peladique.

Ceci se passait au mois de septembre 1903; je prescrivis à la mère et aux deux filles un traitement qu'elles me promettent de suivre régulièrement. Au mois de mai 1904, une dame M... vient à ma consultation; elle est la sœur de M^{me} D... A la suite d'un séjour qu'elle fit chez sa sœur au moment des fêtes de la Toussaint en 1903, elle fut atteinte d'une petite plaque de pelade qui est, au moment où je la vois, dans la période de guérison.

Les deux jeunes filles sont dans une pension à Metz; à la suite d'un séjour dans leur famille pendant les vacances de Pâques 1905, elles sont atteintes de pelade. Dans ces deux cas les plaques sont lisses, polies comme de l'ivoire; chacune des deux jeunes filles a 2 plaques de pelade.

Dans les 5 cas, la contagion s'explique très bien, elle résulte, d'après les déclarations mêmes des malades, de la contagion par le peigne. Les deux filles de M^{me} D... se servent indistinctement de leur peigne ou de celui de leur mère.

M^{me} M... vient passer deux jours chez sa sœur à la Toussaint; elle n'emporte pas de nécessaire de toilette, se sert du peigne de sa sœur, d'où contagion.

Les filles reviennent chez elles pour 8 jours, au moment des fêtes de Pâques, se servent du peigne de leur mère et sont également atteintes de pelade.

Il y a donc bien là 5 cas de pelade, dont l'origine est M^{me} D... Je regrette de n'avoir pu faire pour les 11 cas de pelade que j'ai observés une enquête pour chacun des cas; mais la population du village est une population de terrassiers, de maçons, de mineurs, elle n'est pas stable et j'ai bien dû me contenter, quoique la chose m'ait été reprochée, des témoignages qui m'étaient fournis par l'instituteur, quant à la date d'apparition des premières plaques. D'ailleurs, je ne crois pas que ce témoignage puisse être discuté, il ne s'agit pas là d'une question de diagnostic à porter, mais d'une question de date. Or, il résulte nettement des renseignements qui m'ont été fournis, que les plaques observées par moi, qui étaient bien des plaques de pelade, ne se sont produites qu'après le premier cas que j'avais observé et qui a été dans l'école l'agent de contagion.

J'ai dit également avoir observé la pelade à ses différents stades, mais je ne crois pas avoir commis d'erreur dans le temps d'évolution de la maladie. J'ai vu des plaques nues comme l'ivoire *absolument glabres et lisses*. D'autres plaques étaient recouvertes de poils que l'on pouvait arracher avec le bulbe, ce qui m'a permis justement de différencier les plaques ainsi recouvertes de poils follets blancs disséminés, de la trophonévrose.

Le Dr Jeanselme me reproche, dans une lettre au *Journal des Praticiens*, de ne faire reposer mes observations sur aucune enquête sérieuse, mais c'est là justement ce que je regrette, de ne pouvoir donner, pour chacun de ces 11 cas, la date de l'apparition de la plaque, de ne pouvoir surtout présenter les malades. Mais actuellement tous ont disparu, accompagnant les entrepreneurs qui viennent de construire la nouvelle ligne de chemin de fer.

M. HALLOPEAU. — Je ne puis que m'associer aux conclusions de M. Giry. Or, en matière de contagion, les faits positifs priment les faits négatifs; la contagiosité de la pelade est donc établie une fois de plus par les observations de notre confrère de Briey.

M. JACQUET. — D'après cette lettre nouvelle, M. le Dr Giry aurait observé une épidémie *familiale* due à l'usage commun des peignes. Il est un peu humiliant de constater que dans cet hôpital qui est le centre dermatologique le plus important du monde, on soit réduit, dans la discussion d'une grande question, aux faits, d'une précision médiocre, de M. le Dr Giry, de Briey.

Je ne peux pas discuter au pied levé des faits, dont je n'ai pas le texte sous les yeux ; ce *sera pour la prochaine séance* ; pour le moment je renouvelle à M. Hallopeau la promesse de le suivre partout où il y aura une épidémie ACTUELLE à étudier. Et je souhaite que la prochaine soit plus durable et plus sérieuse que celle à laquelle il me convia l'an dernier à Châtillon-sur-Seine, et qui se volatilisa avant que nous n'eussions pris le train. Je constate que notre collègue est dans toute la force du terme *un homme de foi*.

Lichen obtusus et vitiligo ; examen histologique.

Par MM. DANLOS et GASTOU.

Cette note se réfère à un cas présenté sous le même titre à la dernière séance par M. Danlos.

L'examen histologique a porté sur un élément de la cuisse, enlevé entier.

A un faible grossissement l'ensemble de la coupe présente à la périphérie une hypertrophie papillomateuse considérable de la couche épidermique, le centre est occupé par une infiltration cellulaire compacte et serrée.

En divers points de cette infiltration la coupe montre des flots épidermiques coupés en travers.

Si on étudie à un grossissement plus considérable chaque partie de la coupe, on note :

Épiderme : Dans les parties proliférées, l'ensemble des digitations épidermiques pénètre profondément dans la zone d'infiltration. Ce sont ces prolongements qui donnent par coupe oblique les flots épidermiques centraux. Toutes les couches de l'épiderme sont hypertrophiées, la couche cornée est constituée par plusieurs lames superposées sans noyaux apparents. La couche à éleidine est très hypertrophiée, on y voit par places 4 à 5 rangées de cellules. Il n'existe pas d'autres particularités saillantes à mentionner dans l'épiderme.

Partie centrale : Elle présente comme particularités essentielles de sa constitution :

1° Une abondance exceptionnelle de vaisseaux sanguins, auxquels s'ajoutent des vaisseaux lymphatiques moins nombreux.

2° Un tissu réticulé logeant des cellules lymphoïdes.

3° Des amas de cellules du type épithélioïde plus ou moins volumineux placés au voisinage ou au pourtour des vaisseaux. Quelques-uns même de ces amas semblent être nés de la paroi des vaisseaux dont la plupart ont leur endothélium proliféré notablement.

4° Des nodules d'infiltration périvasculaires constitués soit par des cellules épithélioïdes, soit par des cellules lymphoïdes.

On ne rencontre dans les coupes ni cellules géantes, ni cellules plasmatisques groupées, rien rappelant la structure du tubercule ou du syphilome. L'ensemble de la lésion a l'aspect d'un bourgeon charnu ou d'un papillome, tandis que les amas cellulaires épithélioïdes, surtout ceux développés dans les vaisseaux, rappellent les thromboses épithéliales malignes.

Histologiquement, la lésion rentre dans le type des végétations d'origine dermique. Elle est à rapprocher par son aspect général des lésions trouvées dans un cas de lichen hypertrophique végétant ayant subi la transformation en épithélioma, cas présenté autrefois devant la Société par Du Castel et étudié histologiquement par l'un de nous.

Il semble donc s'agir ici, d'après l'histologie, d'un lichen en voie de transformation et d'évolution néoplasique.

Lichen plan à localisation pileaire, simulant le pityriasis rubra de Devergie ; étude histologique.

Par MM. DANLOS et GASTOU.

L'examen histologique a porté sur un élément pileaire et sur une papule polygonale plate.

L'ensemble de la lésion démontre nettement l'association d'une papule étalée sous-épidermique, bien limitée et d'une périfolliculite pileaire.

La papule rappelle tous les caractères du lichen plan. Mêmes lésions hyperkératosiques de l'épidermie avec augmentation de la couche granuleuse, même forme et nature de l'infiltration, mêmes altérations vasculaires.

A côté de la papule on voit nettement la lésion qui correspond à la localisation pileaire. L'ostium folliculaire est très élargi et surmonté d'une hyperkératose en forme de saillie extérieure et de pointe intra-folliculaire. Dans les profondeurs mêmes du follicule on retrouve cette hyperkératose qui se traduit dans le fond du follicule par des stratifications de cinq à six couches de volumineuses cellules à éléidine. Tout autour du follicule existe une infiltration de cellules lymphocytaires. Cette infiltration s'évase et s'étale autour de l'ostium folliculaire, allant se réunir à l'infiltration qui constitue les papules polygonales ; elle s'amincit le long du conduit folliculaire, tandis qu'arrivée vers le fond du follicule elle l'entoure en forme de masse volumineuse.

Il y a donc bien ici deux lésions associées, une lésion purement dermique du type lichen et une lésion folliculaire du type pityriasique. L'étude détaillée de chacun des éléments qui composent ces lésions semble bien démontrer que c'est en réalité le même processus histologique avec des

localisations différentes. Il semble donc logique de caractériser cliniquement ce cas sous le nom de lichen pileire.

M. BROcq. — Sur certains points l'aspect objectif est tout à fait analogue au lichen plan circiné.

M. DARIER. — Il me semble que l'interprétation la plus satisfaisante de ce cas consisterait à admettre la superposition d'un processus inflammatoire lichénoïde à une lésion pileire chronique préexistante.

M. DANLOS. — L'opinion de M. Darier relative à la préexistence d'une lésion pileire ne me semble pas acceptable, car, au dire du malade, il y a trois mois environ la peau, sur tous les points envahis aujourd'hui, était absolument saine.

Érythème miliaire leucogénique prurigineux chronique.

Par M. MILIAN.

Le 1^{er} novembre 1905, je voyais un nommé G..., âgé de 48 ans, archiviste de la compagnie du Chemin de fer de l'Ouest, qui se plaignait de démangeaisons insupportables sur le corps et les membres.

Il avait depuis plus de 6 ans des attaques fréquentes d'urticaire typique avec grands placards œdémateux, mais, depuis six semaines, l'affection s'était modifiée. Les grandes plaques d'urticaire étaient devenues très rares, apparaissant peut-être au nombre d'une ou deux tous les quinze jours ; par contre, il s'était établi une éruption d'un genre très particulier, que je ne saurais qualifier autrement que d'érythème miliaire leucogénique prurigineux chronique.

Lorsqu'on découvre le malade, rien ne frappe la vue tout d'abord, tant l'éruption est discrète. Mais bientôt on reconnaît sur le tronc, particulièrement sur les flancs, sur les fesses, sur les membres, les cuisses surtout, une série de petites *taches rouges* de la dimension d'une tête d'épingle, arrondies, légèrement saillantes, assez analogues aux taches rosées de la fièvre typhoïde. Elles sont un peu plus petites, moins éclatantes, mais, surtout, elles sont entourées d'une *zone blanche*, véritable couronne anémique de la dimension d'une lentille ou un peu plus.

En bien des points la tache rosée a disparu et il ne reste plus qu'une *macule blanche* arrondie, post-éruptive, non cicatricielle. Ce mélange de taches blanches d'ailleurs peu accentuées et de taches roses entourées de blanc donne à la peau un aspect général un peu marbré dont on ne distingue pas au premier coup d'œil les éléments constitutifs.

Il y a des jours où ces taches sont beaucoup plus abondantes. Elles occasionnent un prurit insupportable, souvent même des fourmillements. Elles sont surtout provoquées par le froid. C'est ainsi qu'au mois de décembre, étant resté 3 heures dehors par un froid assez vif, il poussa sur les mains du malade des taches rouges nombreuses qui s'accompagnèrent d'une démangeaison intolérable. Le tout s'effaça une heure après qu'il fut rentré chez lui à la chaleur.

Le malade est très nettement dermatographique. En traçant sur la peau une ligne avec la pointe d'une épingle, cette ligne, bien qu'étroite, devient rapidement saillante et rouge sans anémie périphérique. En passant sur les macules blanches, la raie vaso-motrice fait une saillie à peine marquée.

Ce malade est sain par ailleurs. L'appétit est bon et les fonctions digestives sont normales. Les poumons et le cœur sont normaux. Le pouls, régulier, est à 80 pulsations debout. Les urines ne renferment ni sucre ni albumine. Voici l'analyse qui en a été faite le 20 novembre 1903 par M. Ferdinand Vigier, le malade étant au régime lacto-végétarien depuis 20 jours et absorbant chaque jour 2 litres de lait au minimum.

Réaction.....	Acidité faible.
Odeur.....	Normale.
Couleur.....	Jaune pâle.
Aspect.....	Limpide.
Sédiment après repas.....	Léger dépôt blanchâtre.
Densité.....	1012
Albumine.....	Néant.
Sucre (glycose).....	Néant.
Urée.....	11 gr. 30 par litre.
Acide urique.....	0 gr. 46
Acide phosphorique.....	1 gr. 45
Chlorure de sodium.....	3 gr. 45
Mucine.....	Néant.
Pigments biliaires.....	Id.
Indoxyle.....	Id.
Urobiline.....	Traces légères.
Volume indiqué pour les 24 heures.....	2750 centim. cubes.

Le système nerveux du malade seul est certainement un peu touché. Cet homme est « nerveux », agacé par son état dont il s'exagère considérablement la gravité. Il en est très frappé, ayant souvent envie de pleurer, toujours de mauvaise humeur, « n'étant plus approchable ». Il est depuis 5 ans dans un état d'impuissance relative. Il n'a pas eu le moindre rapport sexuel depuis 5 mois. Il a bien quelques érections mais elles tombent dès qu'il veut les utiliser. Les réflexes rotuliens, achilléens et pupillaires sont normaux.

Cet homme est bien constitué, il est grand, ayant environ 1^m,85 de haut, il a le facies coloré couvert de taches de rousseur, bien plus jeune d'aspect que son âge ; ses cheveux sont châtain clair, la moustache châtain roux, l'œil gris. Il est très bien proportionné.

Il a eu la syphilis à l'âge de 20 ans : chancre de la verge suivi de roséole et de plaques dans la bouche, dont il s'est soigné un an par les pilules, puis plusieurs années par l'iode de potassium.

Marié en 1889, il a eu en 1890 un enfant né avant terme, à 8 mois et mort au bout d'une heure. Il a actuellement une fille âgée de 13 ans, bien portante.

Ce malade est mis au régime lacto-végétarien, au bicarbonate de soude et aux douches tièdes, étant donnés les rapports que semble avoir l'affection actuelle avec l'urticaire.

Après 25 jours de ce régime il y avait une amélioration très légère. Je

voulus essayer l'effet de l'antipyrine qui réussit quelquefois très bien dans certains prurits.

Je lui prescrivis ce médicament à la dose de 3 grammes par jour, 1 gramme matin, midi et soir. Or, bien qu'ayant déjà plusieurs fois pris ce médicament sans inconvénient, il fut pris, aussitôt après ce premier cachet, dans la nuit qui suivit l'absorption, d'une enflure considérable de la tête, cuir chevelu, front et paupières qui dura 24 heures. Les conjonctives elles-mêmes étaient injectées.

Devant ce résultat malencontreux, je remplaçai l'antipyrine par le pyramidon. Mais, au premier cachet de 25 centigrammes de ce médicament, des accidents absolument analogues à ceux produits par l'antipyrine apparurent.

Je renonçai donc à toute thérapeutique de ce genre et remis le malade au simple traitement : régime lacto-végétarien, douches tièdes et bicarbonate de soude.

Aujourd'hui 11 janvier l'éruption est toujours à peu près la même, mais les démangeaisons paraissent avoir un peu diminué.

Cette description nous paraît justifier le nom que nous avons donné à cette singulière affection : *érythème*, puisqu'il s'agit de taches roses disparaissant à la pression; *miliaire*, puisque ces taches ont la dimension maxima d'une tête d'épingle; *leucogénique*, puisqu'il engendre autour et après lui des taches blanches non cicatricielles; *prurigineux*, puisqu'il s'accompagne de démangeaisons; *chronique*, puisqu'il dure déjà depuis trois mois et qu'il ne semble pas près de guérir.

Quelle idée peut-on s'en faire, à défaut de descriptions et de cas antérieurs connus? Étant donnés les poussées d'urticaire et le dermatisme du malade d'une part, et la mobilité des éléments éruptifs (que je n'ai d'ailleurs pas nettement constatée mais qu'affirme le malade) d'autre part, il faut peut-être considérer cette dermatose comme une variété d'urticaire.

Le nervosisme du sujet cadre bien avec cette hypothèse. Nous verrons si l'évolution la confirme. L'étiologie en est d'ailleurs entièrement obscure, car rien, à part ce nervosisme peut-être secondaire, ne me paraît capable de l'expliquer. Les organes sont sains. Les urines ne présentent rien d'anormal, car la polyurie relève du régime lacté végétarien et non d'une manifestation morbide.

Il est utile aussi de bien faire remarquer que cette affection ne ressemble nullement au strophulus ou urticaire papuleux des enfants. C'est pourquoi nous préférons le nom d'érythème à celui d'urticaire. En effet, il n'y a jamais la moindre tendance à vésiculation des éléments et, d'autre part, jamais la tache ne se transforme en une papule de prurigo avec sa croûte brunâtre d'excoriation.

M. J. DARIER. — Je remarque que les éléments qu'on a grattés ou irrités deviennent franchement papuleux. Ce caractère fait songer à l'urticaire pigmentaire. On ferai bien, je crois, de s'assurer par la biopsie qu'il ne s'agit pas d'une forme anormale de cette affection

Sur un lichen de Wilson, tubéreux et vitiligoïde, variété nouvelle.

Par M. HALLOPEAU.

En décrivant en 1887 une forme achromique de lichen de Wilson, nous établissions que l'on avait à tort dénommé cette maladie *lichen ruber*; si souvent, en effet, ses éruptions prennent une teinte rouge livide, il est des cas où, au contraire, elles sont complètement décolorées.

Le malade de la ville, que nous avons l'honneur de vous présenter, vient fournir un nouvel argument en faveur de cette proposition; il nous montre de plus qu'en dehors du lichen plan achromique scléreux que nous avons fait connaître, avec Kaposi, il existe un lichen de Wilson achromique tubéreux, tout à fait distinct du précédent par son évolution.

L'histoire de ce malade peut être résumée ainsi qu'il suit :

M. Mer..., âgé de 53 ans, est atteint, depuis un an, d'un lichen de Wilson; l'éruption a commencé au scrotum et au pourtour de l'anus, puis elle s'est étendue successivement au poignet droit et à la cheville. Ces altérations ont été constamment le siège d'un prurit intense; elles ont toutes présenté, dans les premiers temps, d'après les affirmations du malade, une coloration d'un rouge sombre: depuis 6 mois, celles de la région ano-génitale se sont décolorées.

Actuellement, les plaques de lichen de l'avant-bras gauche et de la cheville droite offrent tous les caractères classiques du lichen obtusus: saillantes, à contours polygonaux, d'une coloration d'un rouge sombre, criblées de dépressions ponctiformes, elles peuvent être considérées comme typiques.

Les altérations ano-génitales présentent un aspect très différent.

Le sillon interfessier, le pourtour de l'anus, le raphé périnéal, le scrotum et les régions inguinales sont le siège de lésions nombreuses, les unes élevées, les autres planes, toutes décolorées.

A part cette décoloration, nombre d'entre elles présentent les caractères du lichen obtusus, y compris un prurit intense.

Dans le pli interfessier, à droite, s'élève au-dessus de l'anus une élévation à contours irrégulièrement elliptiques; son grand diamètre, dirigé verticalement, mesure environ 3 centimètres, son diamètre transversal ne dépasse pas 8 millimètres, elle est très notablement saillante: sa décoloration est complète; on y voit de nombreuses dépressions ponctiformes; sa consistance est ferme; il existe à son pourtour de petites élévations semblables du volume

de grains de chènevis. Plus bas, au pourtour de l'anus, se trouvent des élevures tout à fait semblables; elles atteignent les dimensions de petites amandes; elles se disposent circulairement autour de l'orifice; leur relief atteint de 7 à 8 millimètres, les poils y persistent, les plis rayonnés tendent à les cloisonner; il n'y a pas d'hémorroïdes.

Les éléments très semblables que l'on voit en avant de l'anus, le long du raphé périnéal, forment, de chaque côté, des saillies, allongées d'avant en arrière, qui mesurent jusqu'à 3 centimètres dans leur grand diamètre sur 4 millimètres transversalement.

Au pourtour du sillon médian, dans toute la hauteur de la région interfessière, on remarque, dans un rayon d'environ 3 centimètres, une teinte sombre, brunâtre, hyperpigmentée.

Au scrotum, on voit encore des plaques décolorées, mais elles ne sont plus saillantes; leurs diamètres varient de quelques millimètres à plus de 4 centimètres; on y distingue, à jour frisant, des macules brillantes à contours polygonaux ressemblant aux papules de lichen de Wilson, moins la saillie et la rougeur habituelle; leurs contours sont polycycliques à courts rayons et nettement arrêtés; la peau y est notablement plus épaisse que dans les parties saines; ces plaques sont le siège d'un prurit intense. Le malade assure qu'elles ont été colorées au début.

Dans la région inguinale gauche, on voit des plaques saillantes et décolorées semblables à celles du sillon interfessier.

Dans les paumes des mains, on note, de chaque côté, des plaques indurées, rouges, légèrement squameuses et prurigineuses.

De chaque côté, la muqueuse des joues est le siège de plaques opalines.

Cette observation nous paraît digne d'intérêt, d'une part, en raison des difficultés de diagnostic qu'elle présente, d'autre part, en ce qu'elle implique l'existence d'une forme morbide non encore signalée.

Le diagnostic de lichen de Wilson ne peut faire l'objet d'un doute en ce qui concerne l'éruption de l'avant-bras et de la cheville: elle est pathognomonique.

Les caractères des saillies péri-anales, et leur forme en bandes allongées à côté d'élevures polygonales, les nombreuses dépressions ponctiformes dont elles sont le siège, ainsi que les sensations très pénibles de prurit auxquelles elles donnent lieu, conduisent au même diagnostic: l'hypothèse de marisques ne peut être soutenue, en raison du siège de ces lésions dans toute la hauteur du sillon interfessier, ainsi que sur le pourtour du raphé périnéal jusqu'au scrotum et dans la région inguinale.

Ces éléments ont tous les caractères du lichen tubéreux, sauf leur décoloration.

La question est plus difficile à résoudre en ce qui concerne les éléments éruptifs du scrotum: une partie des altérations y ressemblent beaucoup à celles qui viennent d'être décrites; on trouve des inter-

médiaires entre les deux ordres de lésions, les unes saillantes, les autres planes; mais c'est surtout en ce qui concerne la grande nappe décolorée que le problème se pose : *s'agit-il d'un lichen de Wilson en nappe ou d'une plaque de vitiligo*? La première impression est en faveur de cette dernière interprétation : l'aspect est en effet celui d'une large plaque de vitiligo : cependant un examen plus minutieux nous conduit à considérer comme certaine l'autre hypothèse : nous noterons en effet en sa faveur : 1° *l'induration appréciable du tégument à son niveau*; 2° *les figures brillantes, polygonales, que l'on y distingue à jour frisant*; 3° *le prurit intense que le malade y accuse*; 4° *l'assertion du malade d'après laquelle cette lésion aurait été rouge au début*; 5° *l'existence d'intermédiaires entre cette grande nappe et des flocs manifestement lichéniens* : nous sommes ainsi conduit à admettre qu'il ne s'agit pas ici, comme dans les deux intéressantes observations que nous a communiquées M. Danlos dans notre dernière séance, d'un véritable vitiligo et nous proposons la dénomination de *VITILIGOIDES* pour désigner cette nouvelle forme de lichen : il faudra y ajouter, pour une partie des plaques, la qualification de *lichen tubéreux*.

Cette nouvelle forme de lichen achromique diffère essentiellement de celle que Kaposi et nous avons fait connaître, en ce que dans celle-ci le lichen, au lieu d'être tubéreux, est au contraire scléreux et atrophique.

Sur un érythème induré de l'avant-bras et ses caractères particuliers.

Par MM. HALLOPEAU et ROY.

Ce fait nous paraît mériter d'être signalé en raison de la localisation exceptionnelle des lésions à l'un des avant-bras, des caractères particuliers qu'elles y présentent et des difficultés qu'a offertes leur diagnostic.

Nous résumerons ainsi qu'il suit l'histoire de cette malade :

A l'âge de 16 mois la malade a eu au cou un abcès ganglionnaire qui a laissé une cicatrice; dans sa huitième année, elle a été atteinte d'une toux persistante et on lui a dit qu'elle avait eu à cette époque un poumon malade.

Elle entre dans notre service pour une éruption localisée à l'avant-bras gauche, qui a débuté il y a cinq mois par les trois élevures supérieures; la plus inférieure est apparue au mois d'octobre.

Actuellement on voit, le long du bord interne du long supinateur, quatre élevures espacées suivant une ligne verticale, sauf le deuxième élément qui est un peu en dehors.

Les dimensions de ces éléments varient entre celles d'une lentille et celles d'une pièce de cinquante centimes. On y sent nettement l'infiltration intra-dermique.

Dans chacune des plaques existent plusieurs saillies nodulaires. On remarque que la plus inférieure est composée de trois éléments secondaires dont le plus élevé est gros comme un petit pois et les deux autres comme des grains de chènevis.

Ces plaques ont une coloration rouge sombre disparaissant à la pression.

Les intervalles qui les séparent ont environ 12 millimètres; à ce niveau la peau est un peu rouge.

Les deux éléments médians ont doublé de volume depuis le début de l'éruption.

L'état général bon, mais l'on perçoit, au sommet des poumons, les signes d'une tuberculose au premier degré.

L'examen histologique, pratiqué par M. Dominici dans le laboratoire de M. Sabouraud, a donné les résultats suivants :

Dilatation des capillaires sanguins et lymphatiques; afflux de mononucléaires formant de petits flocs indépendants ou amassés autour des capillaires. Au niveau des points de concentration de ces mononucléaires, les cellules conjonctives réagissent (hypertrophie du corps et du noyau), mais ces éléments ne présentent aucun des caractères propres au tubercule (absence de cellules géantes, de transformation épithélioïde).

Ces lésions répondent peut-être à une action d'origine toxinique, mais ne ressemblent en aucune façon à celles qui ressortissent à la présence du bacille de Koch.

La durée de la maladie et l'induration dermique appréciable dans chacun des boutons établissent qu'il ne s'agit pas là d'un érythème banal de cause accidentelle et les antécédents de la malade, ses cicatrices ganglionnaires, les altérations qui actuellement encore existent au sommet des poumons, conduisent à l'idée d'une manifestation de nature tuberculeuse : comment la qualifier ?

Il ne s'agit pas d'un lupus : on ne trouve pas les grains sucre d'orge de consistance molle qui caractérisent cette dermatose.

On pourrait penser, en raison de la distribution des saillies en une série verticale, à une tuberculose d'un tronc lymphatique : le siège relativement superficiel, cutané des lésions, l'absence d'induration en cordon entre les éléments, le défaut d'adénopathies axillaires ne nous permettent pas de nous arrêter à ce diagnostic.

C'est de l'érythème induré que ces lésions se rapprochent le plus et c'est à cette interprétation que nous croyons devoir nous arrêter. Les résultats de l'examen histologique ne sont pas en désaccord avec cette interprétation si l'on admet, comme on est généralement enclin à le faire pour l'érythème induré de Bazin, qu'il s'agit de *toxi-tuberculides*.

S'il en est ainsi, ce cas est remarquable par le *peu d'étendue des*

lésions, le caractère peu prononcé de leur induration et leur couleur plutôt rosée contrastant avec la teinte livide que présente cette même éruption lorsqu'elle intéresse, comme il est habituel, les membres inférieurs. Ces particularités s'expliquent suffisamment par le siège de l'éruption à l'une des extrémités supérieures.

M. DARIER. — Plusieurs cas analogues sont cités dans les articles Lichens et Vitiligo de la *Pratique dermatologique* (1) : il s'agissait de taches de vitiligo présentant à leur centre des éléments de lichen simplex.

M. HALLOPEAU. — Il n'y a pas trace de vitiligo au pourtour des éléments tubéreux fessiers et périnéens et l'analogie invoquée par M. Darier ne nous paraît même pas applicable à la grande plaque scrotale constituée surtout par des éléments de lichen achromique.

A. FOURNIER. — Il serait utile de rechercher s'il y a du sucre dans l'urine de ce malade.

Psoriasis atypique au cours d'une infection blennorrhagique.

Par MM. BALZER et DESHAYES.

V..., Marguerite, 24 ans, couturière, entre le 2 janvier 1906, salle Albert, n° 33. Cette malade se présente à la consultation avec des plaques de psoriasis distribuées à la face interne des cuisses, à leur partie supérieure et sur la face antérieure des deux avant-bras. Depuis trois ans elle présentait à la bouche, sur les deux lèvres, une formation de squames adhérentes et blanchâtres, épaisses, toujours renouvelées et recouvrant toute la surface muqueuse externe des lèvres.

Il y a huit mois cette malade a été soignée dans le service pour une blennorrhagie accompagnée de douleurs légères dans l'épaule droite et de douleurs plus vives et plus tenaces dans le poignet gauche. De ce rhumatisme blennorrhagique il reste encore actuellement une assez forte raideur dans le poignet gauche et dans la main gauche. Mais lors de ce premier séjour à l'hôpital on ne reconnut pas de psoriasis chez elle en aucun point du corps, et la malade affirme de plus qu'elle n'en avait jamais eu. Après un séjour de quatre semaines, elle sortit de l'hôpital, guérie en apparence de sa blennorrhagie, mais conservant encore du rhumatisme du poignet gauche.

Il y a quatre mois débuta le psoriasis par une plaque située sur l'éminence thénar gauche; puis il envahit toute la paume de la main, et forma une traînée linéaire sur la face interne de l'avant-bras, en mettant environ deux mois à arriver à l'extension que l'on peut constater aujourd'hui. A la même époque se montra une plaque nette sur le coude du même côté.

A peu près en même temps survinrent à la face interne des cuisses, dans la région inguino-crurale, des placards de psoriasis qui persistent encore à l'heure actuelle. Enfin de semblables lésions, plus légères, apparurent encore au pied gauche dans les sillons interdigitaux, à l'ombilic et dans le cuir chevelu.

(1, *La Pratique dermatologique*, t. III, p. 154, et t. IV, p. 851.

État actuel. — On constate une dermatose rouge avec légère desquamation sans épaissement notable du derme, occupant toute la face interne de la main et des doigts, et se prolongeant à la face antérieure de l'avant-bras gauche en traînée jusqu'à la partie moyenne du bras. Le grattage de la squame n'amène pas de saignement notable. Au coude la lésion est beaucoup plus épaisse. Les lésions psoriasiques, très rouges, occupent aussi les plis interdigitaux.

Aux deux éminences thénar, les placards affectent le long du pouce une forme un peu fissuraire dans le pli interdigital. A la main droite, le psoriasis est limité en ce point; sur l'avant-bras droit, quelques plaques petites, et vers le pli de flexion du coude; au sommet olécranien, éléments très petits à peine marqués. Aux deux cuisses dans le pli inguinal, au-dessus et au-dessous, jarges plaques de psoriasis, rouges, symétriques, siège de démangeaisons, avec légère desquamation et présentant encore par places, surtout vers le pubis, de petites folliculites suppurées. Dans le creux ombilical, petit placard de psoriasis rouge.

A la bouche, sur le bord libre des lèvres, revêtement épidermique épaissi, formant une sorte de carapace avec fissures, surtout près des commissures.

Au cuir chevelu, séborrhée assez intense avec placards de psoriasis disséminés.

A l'examen au spéculum, on reconnaît que la malade a encore la blennorrhagie, soit que l'ancienne ait été incomplètement guérie, soit qu'elle en ait contracté une nouvelle. Il y a de la vulvo-vaginite avec rougeur assez vive des culs-de-sac du vagin, et, de plus, urétrite dans le pus de laquelle on trouve des gonocoques.

La malade ne se plaint pas de douleurs dans le poignet gauche, mais il est toujours très raide ainsi que la main, et les muscles de l'avant-bras sont amaigris.

En somme, notre malade est encore atteinte de blennorrhagie à gonocoques, avec rhumatisme chronique du poignet gauche. En outre, depuis quatre mois, développement d'un psoriasis avec éléments nummulaires caractéristiques disséminés en divers points des membres et au cuir chevelu, et remarquable surtout par des localisations et une forme atypique, à la paume des mains, dans les plis interdigitaux des mains et des pieds, aux plis inguinaux, au pli du coude, à l'ombilic. Le diagnostic de cette dermatose ne peut faire l'objet d'aucun doute, mais quelques points obscurs de l'observation doivent être examinés.

Tout d'abord, il faut se demander quelle est la nature de cette singulière affection squameuse des lèvres qui existait depuis très longtemps chez la malade, avec rougeur et formation d'une sorte de carapace squameuse persistante. Était-ce déjà du psoriasis? Il est difficile de l'affirmer, d'autant plus que la malade nie absolument avoir eu d'autres éléments attribuables à cette dermatose avant les quatre mois derniers, et, d'autre part, nous n'en avons pas remarqué

lors de son premier séjour à l'hôpital. Le psoriasis des lèvres est rare, cependant on l'observe quelquefois dans les éruptions étendues de psoriasis généralisé. Mais le psoriasis exclusivement limité aux lèvres pendant assez longtemps nous est inconnu. Nous nous bornons ici à relater le fait singulier que nous avons observé, et à appeler sur ce sujet l'attention de nos collègues.

Le second fait à relever est le développement remarquable de cette éruption de psoriasis au cours d'une blennorrhagie avec rhumatisme. On sait que le psoriasis se produit assez facilement dans certains cas de rhumatisme ordinaire tendant à la chronicité, le fait a été plus rarement observé en ce qui concerne la blennorrhagie, même avec infection générale. Il nous a paru intéressant de signaler cet éveil d'un psoriasis se produisant ainsi à l'occasion d'une blennorrhagie infectante.

La forme atypique du psoriasis est remarquable chez notre malade. Elle n'est pas absolument pure, car des éléments normaux de psoriasis se montrent sur les membres. Il est peu probable aussi que cette forme atypique soit en relation avec les circonstances étiologiques; on a remarqué parfois que le psoriasis atypique s'observait souvent dans les cas où cette dermatose s'éveille un peu tardivement chez les sujets qui en sont affectés, comme cela est le cas pour notre malade.

Nous avons institué chez elle le traitement de la blennorrhagie par les lavages au permanganate de potasse et par les tampons du vagin imbibés avec la glycérine résorcinée. Pour son psoriasis, qui est rouge et facilement irritable, nous employons une pommade cadique faible à 5 p. 100. Nous nous sommes servis comme excipient d'un produit spécial, la *diadermine*, qui nous a été présenté par M. Deblangey, ancien élève en pharmacie dans cet hôpital. C'est simplement un savon mou à la glycérine, inaltérable, très neutre, qui a l'avantage de permettre un facile lavage de la peau. Dans plusieurs cas nous l'avons employé pour décaper l'épiderme et il ne nous a pas paru irriter la peau. Nos essais, faits dans les dermatoses sèches, sont encore peu nombreux, mais ils sont, en somme, plutôt favorables à ce produit qui ne contient ni corps gras, ni poudres d'aucune sorte, et qui peut constituer un bon excipient pour pommades. Dans le cas actuel, le psoriasis, que nous sommes obligés de traiter avec ménagement, à cause de sa nature irritable, paraît devoir opposer une certaine résistance au traitement.

M. BARTHÉLEMY. — L'observation de M. Balzer nous apprend un fait intéressant : c'est que l'infection blennorrhagique peut, dans certains cas, exagérer une dermatose; il s'agit ici d'un psoriasis persistant. Or, je suis frappé de la ressemblance de cette *éruption psoriasique exagérée* avec certaines éruptions

décrites comme d'origine exclusivement blennorragique. Il faudra donc, à l'avenir, rechercher, dans les cas d'éruption dite blennorrhagique, s'il n'existait pas auparavant une éruption quelconque à l'état peu marqué, au coude, au genou, au cuir chevelu, derrière les oreilles, etc.

Syphilis ignorée.

Par M. MOTY.

Si je représente une seconde fois ce malade atteint de gomme de la pointe de la langue et de perforation palatine actuellement en très bonne voie, c'est que j'ai été très frappé des remarques de notre Président et de mon collègue Barthélemy. Il s'agit de savoir si la syphilis de ce malade est héréditaire ou acquise. La forme de ses lésions paraît si nettement en faveur de la première hypothèse, que j'ai de prime abord abandonné l'opinion que j'avais émise dans notre dernière séance, mais sans renoncer à l'enquête qu'avait réclamée M. le professeur Fournier et dont voici les résultats :

1° En faveur de l'héredo-syphilis :

La forme même des lésions buccales et la rapidité de leur rétrocession, sous l'influence de 20 frictions mercurielles à 4 grammes, suivie d'un traitement à l'iodure de potassium, à doses progressives poussées jusqu'à 12 grammes et maintenu à cette dose jusqu'au jour actuel. Une syphilis récente n'aurait peut-être pas cédé aussi rapidement.

En second lieu, absence de ganglions épitrochléens ou occipitaux nettement engorgés, absence de papules cutanées, absence de cicatrice de chancre.

2° En faveur de la syphilis acquise :

L'adénite sous-maxillaire apparue en mai et suivie en juin d'oreillons apyrétiques avec « léger enanthème sur la moitié postérieure du voile du palais et des piliers, sans autre complication », dit l'observation (1^{er} au 18 juin). Le 13 juillet, à son retour de permission, le malade était porteur d'une adénite sous-maxillaire double (exempt d'exercice); le 31 juillet, angine. Du 6 au 23 août, adénite sous-maxillaire; le 25 août, première apparition d'une érosion superficielle à la pointe de la langue, pour laquelle le malade ne se présente plus à la visite avant le 2 octobre, époque à laquelle on trouve une véritable ulcération à base gommeuse qui fait immédiatement poser le diagnostic de lésion tertiaire, diagnostic confirmé par les résultats du traitement et l'apparition d'une perforation palatine le 4 novembre, alors que la langue était presque guérie. Je considère ce mode d'évolution comme favorable à l'hypothèse d'un chancre pharyngien, méconnu en raison de l'apparition d'une adénite persistante,

deux mois avant la lésion de la langue débutant par une érosion superficielle.

Il y avait eu, en outre, des céphalalgies vespérales très intenses en juin.

La disparition rapide de l'adénite sous-maxillaire écarte d'ailleurs l'idée de tuberculose ganglionnaire.

La forme même de l'adénite réduite à un gros ganglion du côté droit, tandis que l'ulcération principale de la langue était à gauche, et l'existence d'un cordon dur descendant du ganglion vers la base du cou plaide également en faveur d'une adénite spécifique secondaire.

Enfin l'examen des organes le plus souvent atteints par l'hérédosyphilis reste négatif; les dents sont fortement usées, la canine est petite il est vrai, mais on ne trouve aucune érosion de l'émail et le malade, qui est un Normand, possède, eu égard à son origine, une denture plutôt satisfaisante (deux caries seulement).

Le champ visuel est normal, sans scotome; emmétropie.

Les yeux ne présentent ni tache cristalliniennne, ni pigment rétinien; on note par contre, un peu de xérodermie aux bras et avant-bras, et très peu aux cuisses.

Au dire du malade, il n'a jamais eu d'ictère.

Quant aux renseignements donnés par lui sur sa famille, les voici: père 34 ans, cordonnier, bien portant; mère morte en couches il y a 15 ans; deux frères et trois sœurs vivants, bien portants; un frère aîné mort accidentellement, une sœur aînée morte à 14 ans; quatre enfants morts dans leur première année.

Le médecin de cette famille est mort il y a un mois, je n'ai donc pu mettre ses lumières et son obligeance à contribution, et vous estimerez sans doute comme moi que de ce côté le résultat de l'enquête reste jusqu'ici douteux.

Voici, comme complément d'information, les renseignements fournis par le père du malade sur sa famille:

1 ^{er} enfant.	Garçon.....	<i>Mort</i> noyé.
2 ^e	— Fille.....	Bien portante.
3 ^e	— Fille.....	<i>Morte</i> de méningite à 11 ans.
4 ^e	— Garçon.....	Fluxion de poitrine à 19 mois (vivant).
5 ^e	— Fille.....	<i>Morte</i> par piqure de mouche charbonneuse à 3 ans
6 ^e	— Fille.....	<i>Morte</i> de fièvre typhoïde à 9 ans.
7 ^e	— Garçon.....	N'a jamais été malade.
8 ^e	— Fille.....	<i>Morte</i> d'angine à 11 ans.
9 ^e	— Fille.....	Angine à 4 ans.
10 ^e	— Fille.....	N'est pas forte.
11 ^e	— Garçon.....	Fluxion de poitrine à 3 ans.
12 ^e	— Garçon.....	<i>Mort</i> à 1 jour. Mère morte en couches.

Il n'y a pas eu de fausses couches.

Le père déclare, en outre, ne pas savoir ce que c'est qu'une maladie vénérienne. Tous ses enfants sont de la même femme; il n'a servi que comme mobile pendant la guerre de 1870-71.

Le dernier enfant vivant a actuellement 19 ans (le 11^e).

N'est-il pas vraisemblable que le père, qui n'a jamais bénéficié d'aucun traitement, n'aurait pas été en état d'engendrer une aussi belle lignée s'il eût été atteint de syphilis.

J'estime donc qu'il y a lieu de traiter ce malade comme s'il s'agissait d'une syphilis tertiaire précoce, tout en constatant qu'il reste un doute sur la véritable étiologie de la maladie, et en restant préparé à accueillir les renseignements inespérés qui pourraient m'être fournis.

M. BARTHÉLEMY. — Notre excellent collègue et ami M. Moty, a bien voulu, sur ce cas intéressant, faire une nouvelle enquête approfondie. Je l'en remercie puisque c'est moi qui l'y avais convié. Certes, je n'oserais pas sans renseignement dire qu'il s'agit de syphilis héréditaire. Je puis aussi bien invoquer une syphilis déjà ancienne et qui aurait été méconnue et prise accidentellement, par exemple, dans l'enfance. Ce qui fait hésiter à admettre qu'il s'agisse ici d'une syphilis récemment acquise, c'est le peu de temps qui s'est écoulé entre le chancre syphilitique et les accidents tertiaires de la langue et surtout ceux de la voûte palatine. L'orifice est en partie comblé aujourd'hui et la lésion gommeuse est minime (on voit d'ailleurs parfois ainsi deux ou trois gommies miliaires dans le voile); ici la lésion siège à l'union du voile et de la voûte palatine; mais elle n'est pas congénitale et elle siège bien dans les os, comme le stylet l'a montré à M. Moty — (je dis cela pour répondre aux justes objections que j'entends formuler autour de nous). — En somme, c'est quelques mois, six mois je crois, après le chancre que s'est perforée la voûte palatine sous la forme, non d'un séquestre irrégulier, mais sous la forme d'une petite gomme nodulaire arrondie, sans élimination d'os, et cela dans un cas qui ne paraît pas autrement grave, qui n'est accompagné d'aucune autre lésion sur la peau, les muqueuses ou les os, qui n'est pas un cas par conséquent de syphilis maligne précoce et qui est *localisée* déjà à la façon des syphilis anciennes, disciplinées, comme dit M. Fournier. Qu'à ce sujet, notre Président me permette de faire appel à son expérience et de lui demander combien de temps après le chancre il a vu, dans les cas les plus précoces, la voûte palatine être ainsi perforée par la syphilis?

M. A. FOURNIER. — C'est là une question à laquelle je ne voudrais pas répondre avant d'avoir examiné à ce point de vue mes documents personnels. Que chacun de nous consulte les notes qu'il peut avoir sur ce sujet, et nous pourrions ainsi plus utilement reprendre la discussion à la prochaine séance.

M. Alex. RENAULT. — Je constate chez le malade de M. Moty un signe qui me paraît témoigner d'une infection relativement récente : c'est l'existence de ganglions épitrochléens qu'on observe généralement dès les premiers stades de l'infection.

Sur un cas d'hydradénomes éruptifs chez une malade atteinte de lupus érythémateux.

Par MM. HALLOPEAU et GASTOU.

L'un de nous a déjà présenté cette malade à la Société, en 1901, avec M. Villaret et en 1902 avec M. Bouchot : nous ne reviendrons pas sur son lupus érythémateux qui intéresse toujours le cuir chevelu et les extrémités digitales et s'est dernièrement étendu au visage.

Nous désirons uniquement appeler l'attention sur l'éruption d'aspect différent qui occupe chez cette malade la partie antérieure du tronc.

Elle est abondante, surtout sur le devant de la poitrine, au-dessous et entre les seins ; on en voit des éléments disséminés plus bas sur le ventre et un petit nombre dans le dos.

Elle est constituée par des élevures dont les dimensions varient entre celles d'un grain de millet et celles d'un grain de chènevis ; leur coloration varie du rose très pâle, voisin de la couleur normale, au rouge d'intensité moyenne ; elle s'efface presque complètement sous la pression du doigt. Ces élevures résistent au toucher sans présenter une notable dureté ; leur forme est hémisphérique ; elles sont pour la plupart isolées, mais quelques-unes sont disposées en petits groupes irréguliers ; on n'y voit pas de vésicules, elles sont le siège quotidien d'un prurit assez pénible.

Si nous nous reportons à la description antérieure de l'un de nous, nous voyons que cette éruption paraît avoir partiellement rétrogradé ; la malade est d'ailleurs très affirmative à cet égard.

L'examen histologique, pratiqué par l'un de nous, a donné les résultats suivants :

Examen histologique. — L'examen a porté sur une saillie papuleuse, biopsiée au-dessous du sein gauche.

Les coupes démontrent l'existence dans la partie centrale de la préparation d'une dizaine d'éléments sphériques dont les uns présentent une cavité centrale, dont les autres sont opaques.

Ces éléments sont superposés les uns aux autres ; les plus superficiels directement en rapport avec l'épiderme sont à cavité, les profonds sont pleins.

Chaque élément a à sa périphérie des cellules à noyaux plats allongés, de sorte qu'il paraît entouré d'une série de traits discontinus. Au dedans de la couche des noyaux plats existent des noyaux ovoïdes allongés dont le diamètre s'élargit au fur et à mesure qu'ils s'éloignent de la couche périphérique.

Si on examine un des éléments dont la cavité est le mieux dessinée, on voit que presque toujours il s'est produit dans une partie du pourtour de la cavité une prolifération plus active, un bourgeonnement plus saillant que dans les autres parties.

Il est des cavités qui présentent un bourgeonnement très actif, d'autres ont au contraire des parois régulières formées de plusieurs rangées de ces noyaux ovalaires.

Les cavités sont remplies par un amas légèrement granuleux, opaque, sans structure définie.

Les éléments sans cavités sont formés par une agglomération des mêmes noyaux ovalaires entourés toujours d'une couronne de noyaux plats.

A côté des amas pleins il y a aussi des traînées de cellules à noyaux ovalaires formant des cordons pleins souvent bifurqués.

Toutes les cellules des cavités, des amas ou des cordons ont l'aspect épithélioïde.

Les glandes sudoripares ne sont ni dilatées, ni kystiques, ni infiltrées, mais elles n'ont pas l'aspect normal, on n'y reconnaît plus leur endothélium et leur aspect se rapproche de celui des cordons pleins.

Une particularité digne d'attirer l'attention est la façon dont se comportent les vaisseaux. Quelques-uns d'entre eux, dont par places la lumière est comblée par des globules rouges, présentent une prolifération de leur endothélium de tous points comparable à celui qui existe dans les cavités kystiques déjà décrites. Bien mieux, on aperçoit en certains points le vaisseau s'épanouir, s'élargir et se renfler quelquefois en kyste plein, d'autres fois et plus souvent en amas cellulaire.

Ces constatations ont une importance considérable au point de vue de la pathogénie de l'hydradénome. Elles expliqueraient que l'origine vasculaire des formations pleines ou kystiques ait été soutenue, d'autant que ces formations ont leur paroi externe à noyaux plats périphériques, moyenne à noyaux plus volumineux, et interne à noyaux ovalaires analogues aux parois des vaisseaux.

L'hydradénome serait-il une sorte de néoplasie vasculaire ? Quelle en serait l'origine ? Ici, quoique la malade soit atteinte de lupus, rien dans l'étude des lésions ne démontre l'existence de caractères histologiques propres aux tuberculides ou aux tuberculoses cutanées.

Divers points méritent d'être relevés dans cette observation, ce sont : 1° la *disparition d'une partie des nodules* ; 2° leur *disposition partielle en groupes irréguliers* ; 3° le *prurit dont ils sont le siège*.

En présence de ces faits, on peut se demander si les lésions décrites sous le nom d'HYDRADÉNOME sont bien réellement des tumeurs comme on l'a généralement admis jusqu'ici ; la possibilité de leur régression a déjà été signalée par Kreibitz dans son récent traité ; cette évolution rétrograde, non plus que la disposition en groupes ni le prurit, n'appartiennent généralement aux tumeurs : il y a donc des recherches à entreprendre dans cette direction.

Il y a lieu de rechercher, d'autre part, si la coïncidence de ces néoplasies avec les foyers multiples de lupus érythémateux est purement fortuite, ou s'il n'y aurait pas là des manifestations simultanées d'un seul et même agent infectieux, vraisemblablement de nature tuberculeuse ? Nous venons de voir que la structure histologique de ces productions n'est pas en contradiction avec cette hypothèse.

Sur une forme spéciale de prurigo d'origine vésanique (variété nouvelle).

Par MM. HALLOPEAU et ROY.

Les éruptions de prurigo sont d'ordinaire liées à des grattages que provoquent des sensations de prurit dues, soit à des piqures d'insectes, tels que les poux de corps, l'acarus, soit à des poisons organiques, tels que la bile, soit à des altérations de nature indéterminée telles que celles de la maladie de Hebra : chacun de ces prurigos offre dans l'aspect et la localisation de ses éléments des caractères qui lui appartiennent en propre.

L'éruption de la jeune fille que nous avons l'honneur de vous présenter ne rentre dans aucune de ces catégories : elle diffère par la localisation de ses éléments, par leur forme, par leur mode de groupement, des variétés que nous venons d'énumérer ; elle en diffère également, comme nous allons le voir, par sa cause prochaine.

L'observation peut être résumée ainsi qu'il suit :

La nommée Joséphine C..., 38 ans, lingère, rentrée le 9 janvier 1905, salle Lugol.

Aucun antécédent morbide, sauf une constipation opiniâtre.

Début. — Au mois de mars 1930, la malade a été prise de sensations de picotements qui persistent encore maintenant et donnent lieu indirectement à l'éruption dont elle est atteinte. Cette éruption est constituée par des myriades de croûtelles noirâtres, du volume moyen de grains de millet, plus petites par conséquent que celles des autres variétés de prurigo, assez souvent un peu allongées sans base papuleuse ; elles sont très abondantes, serrées les unes contre les autres, sans devenir confluent. Elles occupent les régions suivantes :

1° Toute la face antérieure de la poitrine, sauf d'une bande verticale répondant au sternum ; les éléments sont très abondants sur les seins, beaucoup plus disséminés sur les autres parties ;

2° La face antérieure de l'abdomen ;

Les éléments sont très nombreux à la région hypogastrique et sur la hanche, plus espacés au niveau des hypochondres et de la région épigastrique ;

Là encore existent une bande verticale et une bande horizontale se croisant un peu au-dessus de l'ombilic, où les lésions sont beaucoup plus clairsemées ;

3° La face antéro-interne des cuisses ;

4° La partie supérieure de la face externe des jambes ;

5° La partie interne de la face dorsale du pied gauche.

Les lésions respectent absolument les bras, le dos, les fesses, la partie postérieure des cuisses et des jambes. Cependant, il existe des lésions au niveau des creux poplités, lésions qui s'étendent sur la face postérieure des cuisses et sur la partie supérieure de la face postérieure des jambes.

On voit en plus un grand nombre de cicatricules qui répondent à des lésions semblables rétrocedées..

Leur mode de production est le suivant : la malade éprouve une sensation de picotement ou de cuisson qu'elle définit mal ; pour la calmer, elle saisit la peau entre les ongles des deux pouces et la pince fortement, exactement comme on le fait pour tuer une puce ; il se produit à ce moment un petit claquement et la malade prétend exprimer ainsi un liquide clair ; il en résulte la formation d'une croûte ; la malade se livre journellement un grand nombre de fois à cette opération, le soir en se couchant et le matin en s'habillant.

Le petit volume des croûtes, leur forme, l'absence de papules, le défaut de traînées de grattage, la localisation presque exclusive de l'éruption à la partie antérieure du tronc et des membres, donnent à cette dermatose un aspect tout particulier qui la distingue au premier coup d'œil des autres formes de prurigo.

Nous venons de voir que son mode de production lui appartient également en propre ; ce n'est pas par grattage, mais par un procédé tout spécial de trituration de la peau qu'elle se produit.

Quelles sont les sensations qui en constituent le prétexte ? il est difficile d'en juger d'après le récit de la malade, mais il ne nous paraît pas douteux qu'un élément vésanique n'intervienne aussi bien sans doute dans leur production que dans le moyen d'y porter remède.

Cette forme de prurigo vésanique n'avait pas encore été, à notre connaissance, signalée.

Traitement de l'eczéma par un baume aux principes actifs en combinaison avec le camphre et en dissolution dans l'acétone.

Par M. GRIFFON.

Pendant les quelques mois que j'ai remplacé M. Du Castel à l'hôpital Saint-Louis, j'ai expérimenté sur un grand nombre de cas d'eczéma, de séborrhéide, d'impétigo, d'acné, de sycosis, de prurigo, un baume préparé à ma demande par l'interne en pharmacie du service, M. Duret.

J'avais employé précédemment, dans les cas analogues, le baume de M. Baissade, que M. de Beurmann a présenté à la Société il y a quelques années. Mais j'ai cru qu'il y avait intérêt à se servir pour nos malades d'un baume de formule définie et connue, préparé à l'hôpital même.

Voici la formule de la composition qui nous a donné des résultats tout aussi satisfaisants que le baume Baissade :

Goudron	18
Huile de cade.....	15
Résorcine	2
Menthol.....	5

Galacol.....	5
Camphre.....	40
Soufre.....	15
Borate de soude.....	36
Glycérine.....	54
Acétone.....	80
Huile de ricin.....	40
Lanoline.....	100

Ces substances sont associées ou même combinées les unes avec les autres dans un véhicule éminemment favorable, l'acétone, qui les tient en solution et donne au baume une homogénéité complète.

Les principes actifs (goudron, huile de cade, résorcine, menthol, galacol, etc.) sont non seulement associés au camphre, mais forment avec cette substance de véritables combinaisons chimiques.

Le soufre employé est préparé spécialement par précipitation d'une solution saturée chaude dans l'essence de térébenthine, puis chauffé dans un récipient clos entre 125° et 130° avec le mélange de goudron, huile de cade, huile de ricin, lanoline.

Enfin le véhicule, l'acétone, également miscible à l'eau et aux corps gras, joint à ses propriétés dissolvantes la qualité de ne pas être irritant et d'exercer au contraire une action locale sédative.

J'ajoute que le baume de M. Duret a été expérimenté, dans ces derniers temps, par la plupart des chefs de service de l'hôpital Saint-Louis, qui se sont montrés très contents des résultats qu'ils ont obtenus.

M. HALLOPEAU. — J'ai en effet essayé maintes fois dans mon service le baume de M. Duret, chez des enfants comme chez des adultes, et je suis heureux de me déclarer très satisfait des résultats que j'en ai obtenus.

M. BALZER. — Je m'associe à mon collègue M. Hallopeau pour dire tout le bien que je pense du baume dont il vient d'être question.

Un cas d'intoxication par le dermatol.

Par M. ALEX. RENAULT.

Si l'iodoforme est assez souvent l'auteur de méfaits cutanés, je ne sache pas que son succédané, le dermatol ou sous-gallate de bismuth, soit passible de la même accusation. Voici cependant un fait qui ne laisse, à mon sens, aucun doute à cet égard.

Je regrette seulement que sous l'influence du temps et de la cure, régime lacté, bain d'amidon, les lésions tant cutanées que muqueuses, dont était atteint le malade, aient en majeure partie disparu.

Vous constaterez néanmoins encore aujourd'hui, au niveau du tronc, du scrotum et de la région supéro-interne de chaque cuisse, un érythème, cons-

titué, sur le thorax et l'abdomen, par des taches légèrement rougeâtres, rapprochées les unes des autres, tandis qu'en haut des cuisses l'éruption est beaucoup plus confluyente et prend le caractère franchement purpurique. Il est facile de s'assurer en effet que la plupart les éléments, qui la composent, ne disparaissent pas sous la pression du doigt.

Jetez maintenant un regard sur le bord muqueux des lèvres, vous les trouverez un peu rouges et tuméfiées.

Mais, voici dans quel état le malade s'est présenté à nous le 31 décembre dernier. jour de son admission : Sur le tronc, l'éruption était beaucoup plus abondante, composée de taches rouges, disparaissant à peu près complètement sous le doigt, tandis que, dans l'entre-cuisse, elle formait de chaque côté une nappe étendue, franchement purpurique. En outre le scrotum était rouge et tuméfié dans l'ensemble.

Le point maximum des lésions siégeait aux lèvres et dans l'intérieur de la cavité buccale. Il n'en existe plus aujourd'hui que des vestiges.

En revanche, à l'entrée du malade, on apercevait, avec la plus grande netteté, sur la face muqueuse des lèvres et en divers points de la bouche, des érosions lenticulaires, recouvertes d'une pseudo-membrane blanchâtre, qui n'était autre que l'épithélium, détaché des parties sous-jacentes. Bref l'aspect morphologique était exactement celui de la stomatite épithéliale.

Ajoutez à cela une grande sensibilité de la région buccale, rendant l'alimentation très difficile, et vous aurez un tableau exact de la maladie.

Voici ce qui s'était passé :

Trois jours avant son admission à l'hôpital, le malade était allé demander conseil à un pharmacien pour une ulcération du limbe préputial, ulcération qui n'était autre qu'un chancre syphilitique. Le pharmacien lui remit une boîte de poudre de dermatol, en lui recommandant d'en recouvrir la plaie.

Après deux applications, l'une le matin, l'autre le soir, le malade se réveillait le lendemain avec la bouche douloureuse, parsemée de plaques blanchâtres, l'éruption que nous venons de décrire et des démangeaisons, d'ailleurs modérément vives.

Or, nous avons procédé à l'interrogatoire le plus minutieux et nous n'avons pu découvrir aucune cause autre que le dermatol.

Le patient ne prenait pas de drogue à l'intérieur, et, dans les jours précédents, son alimentation avait été des plus simples. Rien de ce qui peut déterminer une intoxication alimentaire n'avait été ingéré : ni charcuterie, ni poissons, ni conserves, ni viandes avancées. En définitive, le dermatol restait seul à incriminer.

Nous avons recherché dans la littérature dermatologique de ces quinze dernières années, s'il existait d'autres exemples d'intoxication, causée par cet agent. Nos investigations n'ont abouti qu'à la découverte d'une seule observation, due à Weismueller, consignée à la page 1201 de *Berliner Klin. Wochenschrift* pour l'année 1891, et traduite par M. Doyon.

Il s'agissait d'une femme, atteinte depuis plusieurs années d'un ulcère du pied gauche.

Weismueller prescrivit 15 grammes de dermatol, dont il saupoudra la surface ulcérée.

Trois jours après, il trouva la malade au lit, la plaie étant devenue très sensible ; de plus : température à 39°, céphalalgie, lassitude dans tous les membres, inappétence, enfin éruption généralisée avec prurit et sensation de brûlure. Au niveau du pied, bulles remplies de sérosité et dont la dimension variait de celle d'une lentille à celle d'une pièce de 50 centimes. La cessation du dermatol fut suivie de la disparition de tous les phénomènes.

A moins d'erreur ou d'omission, notre observation est donc la seconde, et, à ce titre, elle méritait de vous être rapportée.

M. LAFAY. — On sait que les sels de bismuth, inoffensifs, quand ils sont pris même à haute dose par le tube digestif, sont toxiques s'ils sont appliqués localement sur des plaies, parce que dans ces conditions le bismuth peut être résorbé. La toxicité du dermatol pourrait s'expliquer ainsi. Mais une question préalable doit être élucidée : la poudre qu'on vient de nous montrer n'a pas l'aspect habituel du dermatol, et il faudrait avant tout s'assurer de la nature exacte de ce produit.

Engelures gangreneuses héréditaires.

Par M. DUBREUILH.

M^{me} G. L..., Agée de 35 ans environ, a 5 enfants vivants et bien portants dont 2 ont été atteints d'engelures gangreneuses en même temps qu'elle.

C'est une femme grande, obèse et molle, de caractère placide et indolent. Elle a tous les ans des engelures aux pieds, mais jamais aux mains.

Une seule fois, il y a quelques années, elle a eu aux doigts une attaque d'engelures gangreneuses tout à fait semblable à l'attaque actuelle ; c'était à un moment où sa santé avait été fortement ébranlée par la mort de son père et par un avortement à 3 mois. Une des lésions, siégeant à la face dorsale de la deuxième phalange du médius droit, a laissé une cicatrice adhérente à l'os et au tendon extenseur, de sorte que la dernière phalange reste en extension forcée. Elle n'a jamais eu d'asphyxie locale des extrémités. M^{me} L... raconte que son grand-père paternel avait eu à plusieurs reprises des engelures gangreneuses semblables et que plusieurs de ses doigts en avaient gardé des déformations analogues.

La fin d'octobre de cette année a été marquée par des froids assez vifs ; à cette époque et pendant qu'ils étaient à la campagne, M^{me} L... et deux de ses enfants ont été pris d'engelures des doigts auxquelles on n'a pas fait grande attention au début. Du reste les douleurs étaient modérées et il y avait surtout une sensation d'onglée.

C'est le 3 novembre que je suis appelé à les voir la première fois. M^{me} L... a les doigts froids, gonflés, un peu violacés et engourdis. Sur presque chaque doigt on trouve une plaque livide, occupant la face dorsale de la deuxième

phalange et débordant plus ou moins sur l'une ou l'autre des phalanges voisines. Les pouces sont indemnes ainsi que les extrémités des doigts, pulpes et phalanges unguéales. Ces taches sont ovalaires, bien limitées, d'une teinte plombée noirâtre, livide avec des marbrures grisâtres, elles n'ont ni relief ni induration, elles sont froides et presque insensibles. Sur quelques-unes de ces taches l'épiderme est décollé par une faible quantité de liquide formant une bulle flasque.

Chez Agathe L..., âgée de 4 ans, la plupart des doigts sont atteints à des degrés divers. Les doigts sont gonflés par l'œdème. Sur la face dorsale ou latérale de la première ou seconde phalange de presque chaque doigt se trouve une plaque livide de 2 ou 3 centimètres dans son plus grand diamètre, à contours un peu dégradés, sans saillie ni infiltration appréciable. Sur ces plaques livides, l'épiderme est décollé et plissé ; sur quelques-unes le centre est occupé par une tache noire d'aspect gangreneux autour de laquelle l'épiderme est soulevé en une bulle annulaire flasque.

La dernière phalange de chaque doigt est indemne.

Charles L..., âgé de 2 ans, présente des lésions semblables, mais en deux points, sur la première phalange du pouce droit et sur la deuxième phalange de l'index droit, la plaque livide est franchement et profondément gangreneuse. Sur le pouce est une plaque noire, ovalaire de 15 millimètres sur 10, déprimée, entourée d'une zone livide dont l'épiderme est décollé, adhérente aux parties profondes ; tous les doigts et notamment le pouce sont œdématiés et doublés de volume, ils sont et ont surtout été très douloureux spontanément. L'index est gonflé surtout à sa racine et a pris une forme en radis, la plaque gangreneuse qu'il porte n'est pas moins grande, mais paraît un peu moins profonde.

Chez les deux enfants, les doigts ont été le siège de douleurs spontanées très violentes, mais la palpation ne paraît pas très douloureuse. Les plaques gangreneuses n'ont aucune odeur. Les petits malades sont pâles et fatigués, leur état général est évidemment altéré. Il est à remarquer qu'aucun d'entre eux n'avait jamais eu d'engelures.

9 novembre 1905. — M^{me} L... ne présente aucun changement, les doigts sont toujours tuméfiés et engourdis, avec des paroxysmes douloureux sous l'influence du froid.

Chez Agathe, les eschares sont délimitées ; elles entament profondément le derme, mais sont mobilisables avec lui.

Chez Charles, l'eschare de l'index est tombée, laissant une plaie de 2 centimètres de large, dont les bords, taillés à pic, occupent toute l'épaisseur du derme. Le fond est blanchâtre, pâle, lisse, formé par l'aponévrose. L'eschare du pouce est encore en place, elle est adhérente aux plans profonds et paraît intéresser le tendon extenseur du pouce ; son sillon d'élimination traverse toute l'épaisseur du derme.

15 novembre. — Chez la mère, il n'y a que peu de changement. Chez Agathe, les eschares sont détachées, laissant des plaies pâles et torpides, les doigts sont moins gonflés. Chez Charles, l'eschare du pouce est détachée, le fond de la plaie est blanchâtre, pâle, il est immobile et ne suit pas les mouvements imprimés à la peau ; on distingue très nettement au fond le tendon extenseur du pouce totalement dénudé et qui commence à fournir quelques

bourgeons pâles. L'état général des enfants s'est beaucoup amélioré, mais les plaies restent torpides, elles sont indolentes spontanément et à la palpation, mais ne présentent aucune tendance à la cicatrisation.

20 novembre. — L'aspect des plaies des enfants a complètement changé, elles ont un aspect plus vivant et commencent à se cicatriser. Cette modification a coïncidé avec un changement dans le pansement. On a remplacé l'acide borique par le bicarbonate de soude dans le pansement humide. Chez M^{me} L..., il y a peu de modifications, pas de sillon d'élimination ; les bulles se sont rompues, laissant voir une surface noirâtre.

28 novembre. — Les plaies d'Agathe sont complètement guéries. Les cicatrices sont planes, lisses et parfaitement mobiles sur les plans profonds. Chez Charles, les plaies bourgeonnent abondamment, les bourgeons sont un peu pâles ; les plaies ont diminué d'étendue. On ne peut pas se rendre compte de l'état de mobilité des tendons. Chez la mère, les plaques livides commencent à s'exfolier et l'on y distingue quelques eschares plus profondes qui s'éliminent par suppuration, mais ici encore la réaction est faible.

30 décembre. — Chez les deux enfants, les plaies sont complètement guéries. Chez Agathe, les cicatrices sont très superficielles, planes, lisses, mobiles, beaucoup plus superficielles qu'on ne l'eût cru en voyant l'eschare. Chez Charles, la cicatrisation n'est complète que depuis quelques jours. La cicatrice de l'index est déprimée, mais n'adhère pas au tendon. Celle du pouce est fortement déprimée et adhérente aux parties profondes. Les mouvements de l'articulation interphalangienne du pouce sont un peu gênés. Depuis quelques jours sont apparus sur les doigts de la main gauche plusieurs nouvelles engelures sous forme de taches livides, plombées, planes ; les doigts sont un peu gonflés, mais ne sont pas douloureux. Ces engelures ne paraissent pas appelées à avoir la gravité des autres.

Chez M^{me} L..., les engelures sont à peine guéries ; l'une d'elles est encore un peu ulcérée, les autres sont guéries, laissant une cicatrice lisse.

Sarcome du sein chez une femme kabyle.

Par M. LEGRAIN,

Les indigènes algériens, comme je l'ai dit depuis longtemps, présentent peu de tumeurs malignes. En Kabylie, l'épithélioma est absolument exceptionnel. Les seules tumeurs que l'on rencontre avec une certaine fréquence sont les lipomes, les fibromes, puis viennent les sarcomes.

La presque totalité des sarcomes observés sont des sarcomes cutanés localisés. Ces sarcomes, qu'ils soient à cellules rondes ou à cellules fusiformes, n'ont pas de tendance à la généralisation. Ils marchent et se propagent de proche en proche, sans donner lieu pendant de longues années à des tumeurs secondaires viscérales ou éloignées du siège primitif de la tumeur. Ces tumeurs de la peau sont compatibles avec un bon état général pendant longtemps, à moins qu'il ne survienne des phénomènes de septicémie (pyocyanique par exemple) consécutivement à l'ulcération de la tumeur.

Les sarcomes cutanés à cellules fusiformes présentent parfois un aspect spécial assez curieux. Ces tumeurs sont constituées par une production cylindrique que les Kabyles comparent à une verge énorme, et les légendes ne manquent pas, pour expliquer leur formation.

Observation. — La photographie que je présente à l'appui de cette observation montre une tumeur développée sur la peau du sein droit d'une femme kabyle de 35 ans environ. Cette tumeur est constituée par un véritable cylindre, assez régulier, ayant une hauteur de 17 centimètres et une circonférence de 20 centimètres. Elle est implantée sur le sein droit, à 5 centimètres au-dessus et un peu en dehors du mamelon. La tumeur est recouverte d'une peau saine en apparence et ayant sa coloration normale ; seule l'extrémité de la tumeur est exulcérée. En dehors de la base d'implantation, la palpation ne montre rien d'anormal. La tumeur elle-même est dure et montre à sa partie médiane une sorte de sillon circulaire d'ailleurs superficiel. Pas d'adénopathie, état général satisfaisant. La tumeur, qui a commencé à se développer depuis un an environ, a débuté au niveau d'une petite exulcération due au frottement d'une corde retenant la cruche que la malade va régulièrement remplir à la fontaine.

La malade demande à être débarrassée de sa tumeur. J'enlève le sein tout entier.

La malade retourne chez elle le jour même, et des nouvelles que j'en ai reçues m'apprennent qu'au bout d'un an la récidue n'était pas encore survenue.

Le sein était absolument normal, en dehors de la base d'implantation de la tumeur qui n'intéressait que la peau.

L'examen histologique de la tumeur a été fait par le professeur Aschorr, de Marbourg : sarcome à cellules fusiformes.

Quelques cas de phtiriasis anormaux.

Par M. BRAULT.

OBSERVATION I. — L'an dernier au mois de septembre, nous avons observé de la phtiriasis des cils chez un mécanicien âgé de 27 ans. Cet homme avait eu précédemment des poux du pubis, mais n'en avait plus lorsqu'il s'est présenté à notre examen, il avait su s'en débarrasser par le traitement classique ; seuls les habitants des cils avaient persisté et le malade venait nous trouver, croyant avoir tout autre chose.

Les parasites furent enlevés à la pince à épiler et les cils enduits de pommade à l'oxyde jaune de mercure ; guérison rapide.

OBSERVATION II. — Cette année même, nous avons pu recueillir un cas où l'infestation s'étendait non seulement aux cils, mais encore au cuir chevelu.

Il ne s'agissait pas d'un enfant, mais bien d'un jeune homme de 48 ans.

Au surplus, voici l'observation prise par mon interne M. Lombard :

T. S..., israélite, le 23 juillet 1903, ressent pour la première fois de vives démangeaisons dans la région pubienne et y constate la présence de nombreux morpions.

Le lendemain, le prurit apparaît dans les régions axillaires, où les parasites pullulent également.

Le surlendemain, le malade entre à l'hôpital; il dit avoir contracté sa phtiriasse sur le paquebot.

L'examen permet de découvrir de nouvelles localisations parasitaires jusque-là passées inaperçues, les unes *dans les cils*, les autres *dans le cuir chevelu*.

A ce niveau, les parasites occupent trois zones nettement isolées les unes des autres et vers lesquelles l'attention est attirée par la coloration brune qu'elles présentent.

L'une de ces zones siège à la partie antérieure du cuir chevelu, au-dessus du front; une autre occupe la région rétro-auriculaire et la troisième, enfin, se tient à la nuque.

Les caractères objectifs de ces trois localisations sont à peu près identiques.

Chacune d'elles représente une traînée brun grisâtre, fort peu large, mais longue en revanche de plusieurs centimètres et formée par la réunion de très petites taches brunes.

Formant en quelque sorte bordure, elles n'occupent cependant pas l'extrême limite des cheveux, séparées qu'elles sont des parties glabres (front, etc.) par une étroite bande de cheveux où on ne découvre rien.

Au niveau des zones décrites, les lentes et les parasites (*phtirius pubis*) sont très nombreux, tantôt petits, tantôt énormes.

En dehors de ces diverses colonies, on ne découvre plus rien sur le cuir chevelu.

Le malade, qui porte les cheveux courts et dit être soigneux, est tout étonné quand on lui montre les parasites, qui ne lui occasionnent d'ailleurs aucun prurit.

Sur la région de la nuque, on remarque plusieurs taches ombrées.

Traitement : Lotions de sublimé acétique au cuir chevelu, pubis et aisselles; les parasites sont cueillis à la pince dans la région ciliaire, pom-made à l'oxyde jaune; guérison et sortie au bout de quelques jours.

OBSERVATION III. — Reste la troisième observation; ici, il ne s'agit plus de phtiriasse à proprement parler, mais de pédiculose, ou plutôt de ses séquelles.

Chaya Anoui ben Chaya, 48 ans, journalier, né à Bou-Saada, entre le 14 janvier 1904 dans notre service pour pédiculose et lésions de grattage. Il est en outre porteur d'une mélanodermie qui va seule retenir notre attention.

Antécédents héréditaires vagues; le malade est entré plusieurs fois à l'hôpital pour pédiculose et maladies vénériennes : chancrelles, blennorrhagie; quoique indigène, notre sujet est un alcoolique renforcé.

La pigmentation prédomine à la nuque, sur les épaules, à la ceinture, aux lombes, mais le reste du corps et les membres ne sont pas indemnes, la partie moyenne des ongles des doigts et des orteils est elle-même assez fortement teintée. Les parties découvertes sont de beaucoup les moins pigmentées, le cuir chevelu en particulier a gardé sa coloration normale.

La pigmentation morbide que nous signalons n'est pas à proprement parler en nappe, elle est bien plutôt constituée par un piqueté ardoisé très serré et même confluent en maintes places, surtout à la base du cou et à la ceinture (4).

Mais ce qui est plus étrange pour une mélanodermie très vraisemblablement d'origine parasitaire, c'est le coloris des muqueuses : les lèvres, les gencives, la face interne des joues, le palais et les piliers sont par places très largement pigmentés.

Le malade accuse des douleurs dans les jambes et les bras, il se plaint aussi de fourmillements et démangeaisons un peu partout.

Les urines ne présentent ni sucre, ni albumine.

Chaya ben Chaya ne nous offre aucun des grands ou des petits signes de la maladie d'Addison, il n'y a pas d'asthénie, on observe plutôt chez lui une sorte de démarche spasmodique.

On ne peut penser, ni aux dyschromies mécaniques ou toxiques, ni à une mélanodermie syphilitique, ni au diabète bronzé, ni à la teinte patate des paludiques et des dysentériques chroniques, ni enfin à la mélanodermie tuberculeuse ; aucun signe ne pourrait venir corroborer de semblables hypothèses.

Après plusieurs entrées à l'hôpital, le malade, de plus en plus cachectique et de plus en plus alcoolisé, vient une dernière fois et succombe le 9 mars 1905.

AUTOPSIE. — Nous ne noterons que les choses importantes.

Poumons : tubercules guéris, calcifiés aux deux sommets.

Rate : normale, un peu scléreuse, 170 grammes.

Foie : lobe carré atrophié et noirâtre.

Reins : capsules un peu adhérentes, flots blancs à la surface, cicatrices et petits kystes, la substance corticale est blanche et légèrement atrophique.

Capsules surrénales : Apparence normale, se laissent facilement décapsuler.

Rien par ailleurs, sauf une eschare et de l'intertrigo aux plis génito-cruraux.

Je n'assistai pas à l'autopsie et, malgré mes recommandations, on n'a pas fait d'inoculations au cobaye avec les capsules ; nous n'avons eu que le recours de pratiquer l'examen microscopique.

Voici l'analyse faite par notre confrère, le docteur J. Tanton.

Les seules lésions microscopiques que l'on trouve dans les capsules surrénales sont :

1° Une congestion marquée de la zone sous-capsulaire immédiatement au-dessous de la capsule fibreuse ; les vaisseaux sont gorgés de sang et on voit de nombreux lacs sanguins sans paroi propre.

2° La zone glomérulaire est aussi fortement congestionnée, et en certains

(1) Le malade est, par endroits, porteur de tatouages ; ces tatouages sont devenus fous par suite de la pigmentation produite par les parasites.

points les glomérules sont en quelque sorte complètement entourés et séparés des voisins par des capillaires sanguins dilatés; en ces points, la congestion sanguine se continue dans la zone fasciculée et dans la zone réticulaire.

La congestion s'arrête toutefois dans la zone médullaire et dans cette zone on ne trouve qu'un peu d'exagération du tissu conjonctif sous forme d'épais trousseaux fibreux, les cellules fixes sont également plus considérables qu'à la normale.

Il ne peut être question, du moins d'après l'examen histologique, de tuberculose des capsules.

Les coupes de la peau montrent que la couche de Malpighi est hypertrophique et constellée de granulations pigmentaires; dans la couche superficielle du derme on trouve également des infiltrats cellulaires chargés de pigment.

En conséquence, nous ne pouvons que rapporter à la pédiculose, la mélanodermie constatée chez notre sujet, et nous estimons que cette observation peut prendre place à côté de celles de Greenhow, de Besnier, de Thibierge, de Danlos qui ont observé aussi des taches sombres sur les muqueuses d'individus atteints de mélanodermies consécutives à la pédiculose.

Tuberculides papulo-nécrotiques étendues, avec déformations digitales très accentuées.

Par M. J. BRAULT.

S. S..., Agé de 14 ans, lors de sa première entrée, est venu à quatre reprises différentes dans notre service (1) (1902-1903), toujours pour la même affection.

Cet adolescent présente des tuberculides papulo-nécrotiques des deux membres supérieurs; il nous offre, en outre, des déformations très accentuées des doigts.

Les renseignements fournis par le malade sont assez imprécis; il a perdu son père, mais il ne sait pas de quelle maladie; sa mère aveugle a été recueillie dans un asile. Comme antécédents personnels, on relève les faits suivants: au dire de S..., à la suite d'une rougeole, il lui serait survenu des abcès ganglionnaires au cou, à l'aîne, à l'aisselle et à la région épitrochléenne, tout cela du côté gauche; les abcès furent incisés, on en retrouve d'ailleurs les traces. A cette même époque (2), des panaris apparurent et dès lors on vit survenir les phénomènes qu'il présente encore aujourd'hui.

La peau des avant-bras et d'une partie des bras est blanche et cicatricielle, elle est en outre considérablement épaissie, et il y a là, à n'en pas douter, un certain degré d'hypertrophie pseudo-éléphantiaque.

Sur ces nappes blanchâtres, on voit, surtout à droite, un véritable semis de papules, plus ou moins grosses, tantôt disséminées, tantôt quelque peu conglomérées en petites inflorescences.

(1) Salle Hardy, hôpital de Mustapha, Alger.

(2) Il y a plusieurs années; le malade, peu intelligent, ne peut préciser.

Ces papules, qui donnent, quand on les presse, la sensation de grains enchâssés dans la peau, ont des dimensions qui varient du volume d'une tête d'épingle à un pois.

Plus ou moins aréolées, leur coloris est variable, et va du rouge terne à la teinte violâtre.

L'évolution de la lésion est la suivante : le centre de la papule, au bout d'un certain temps, devient comme translucide et prend un peu l'aspect d'un grain de tapioca cuit, la petite éminence crève, une squame-croûte s'établit, puis la scène se termine par une cicatrice d'abord rougeâtre, puis blanche et déprimée.

A droite, le médius et l'annulaire ont leurs phalangettes fléchies et bridées; sur l'annulaire, on voit encore des ulcérations dont la cicatrisation est extrêmement lente.

A gauche, la dernière phalange du médius présente des brides cicatricielles et se trouve fléchie à angle droit sur la deuxième.

A tous ces doigts déformés, les ongles sont dystrophiques.

Le jeune homme en question ne présente aucune trace de syphilis héréditaire ou acquise.

En raison de son origine espagnole et des déformations des doigts, il avait été soupçonné de lèpre; rien ne peut corroborer cette hypothèse toute gratuite; il n'y a pas d'antécédents nets; en outre, on ne trouve aucun autre stigmate de la maladie, la sensibilité est indemne et l'examen du mucus nasal, répété à plusieurs reprises, a toujours été absolument négatif, de même que l'étude du pus et des coupes.

Nous avons fait plusieurs biopsies, des fragments de peau contenant des papules, du pus provenant des ulcérations des doigts, ont été tour à tour et à maintes reprises inoculés à des cobayes, sans que ceux-ci aient présenté la moindre trace d'infection tuberculeuse.

Le malade, d'ailleurs présente bien le facies strumeux, mais actuellement chez lui on chercherait en vain des lésions tuberculeuses appréciables, en train d'évoluer; l'auscultation, notamment, ne révèle absolument rien.

Au microscope, l'étude des coupes nous a donné les résultats suivants :

Du côté de l'épiderme, par places, la couche de Malpighi semble diminuer de hauteur, la couche cornée hyperkératinisée est au contraire notablement épaissie.

Dans le derme, on voit, principalement autour des vaisseaux dont la lumière semble plus ou moins oblitérée, de vastes amas de cellules fixes et lymphatiques; dans quelques points, mais très rarement, nous avons surpris des petits amas de cellules épithélioïdes; nulle part, nous n'avons vu de cellules géantes, ou de bacilles.

Le traitement a été le suivant : pour les lésions ouvertes, pansements, applications d'emplâtres de Vidal (1), attouchements au galvano-cautère; à l'intérieur, l'huile de foie de morue ayant été refusée: sirop d'iodure de fer, arrhéнал. glycéro-phosphates.

(1) Nous nous sommes également servi de l'emplâtre à l'acide salicylique.

points les glomérules sont en quelque sorte complètement entourés et séparés des voisins par des capillaires sanguins dilatés; en ces points, la congestion sanguine se continue dans la zone fasciculée et dans la zone réticulaire.

La congestion s'arrête toutefois dans la zone médullaire et dans cette zone on ne trouve qu'un peu d'exagération du tissu conjonctif sous forme d'épais trousseaux fibreux, les cellules fixes sont également plus considérables qu'à la normale.

Il ne peut être question, du moins d'après l'examen histologique, de tuberculose des capsules.

Les coupes de la peau montrent que la couche de Malpighi est hypertrophique et constellée de granulations pigmentaires; dans la couche superficielle du derme on trouve également des infiltrats cellulaires chargés de pigment.

En conséquence, nous ne pouvons que rapporter à la pédiculose, la mélanodermie constatée chez notre sujet, et nous estimons que cette observation peut prendre place à côté de celles de Greenhow, de Besnier, de Thibierge, de Danlos qui ont observé aussi des taches sombres sur les muqueuses d'individus atteints de mélanodermies consécutives à la pédiculose.

Tuberculides papulo-nécrotiques étendues, avec déformations digitales très accentuées.

Par M. J. BRACLT.

S. S..., Agé de 14 ans, lors de sa première entrée, est venu à quatre reprises différentes dans notre service (1) (1902-1903), toujours pour la même affection.

Cet adolescent présente des tuberculides papulo-nécrotiques des deux membres supérieurs; il nous offre, en outre, des déformations très accentuées des doigts.

Les renseignements fournis par le malade sont assez imprécis; il a perdu son père, mais il ne sait pas de quelle maladie; sa mère aveugle a été recueillie dans un asile. Comme antécédents personnels, on relève les faits suivants: au dire de S..., à la suite d'une rougeole, il lui serait survenu des abcès ganglionnaires au cou, à l'aîne, à l'aisselle et à la région épitrochléenne, tout cela du côté gauche; les abcès furent incisés, on en retrouve d'ailleurs les traces. A cette même époque (2), des panaris apparurent et dès lors on vit survenir les phénomènes qu'il présente encore aujourd'hui.

La peau des avant-bras et d'une partie des bras est blanche et cicatricielle, elle est en outre considérablement épaissie, et il y a là, à n'en pas douter, un certain degré d'hypertrophie pseudo-éléphantiaque.

Sur ces nappes blanchâtres, on voit, surtout à droite, un véritable semis de papules, plus ou moins grosses, tantôt disséminées, tantôt quelque peu conglomérées en petites inflorescences.

(1) Salle Hardy, hôpital de Mustapha, Alger.

(2) Il y a plusieurs années; le malade, peu intelligent, ne peut préciser.

Ces papules, qui donnent, quand on les presse, la sensation de grains enchassés dans la peau, ont des dimensions qui varient du volume d'une tête d'épingle à un pois.

Plus ou moins aréolées, leur coloris est variable, et va du rouge terne à la teinte violâtre.

L'évolution de la lésion est la suivante : le centre de la papule, au bout d'un certain temps, devient comme translucide et prend un peu l'aspect d'un grain de tapioca cuit, la petite éminence crève, une squame-croûte s'établit, puis la scène se termine par une cicatrice d'abord rougeâtre, puis blanche et déprimée.

À droite, le médius et l'annulaire ont leurs phalanges fléchies et bridées; sur l'annulaire, on voit encore des ulcérations dont la cicatrisation est extrêmement lente.

À gauche, la dernière phalange du médius présente des brides cicatricielles et se trouve fléchie à angle droit sur la deuxième.

À tous ces doigts déformés, les ongles sont dystrophiés.

Le jeune homme en question ne présente aucune trace de syphilis héréditaire ou acquise.

En raison de son origine espagnole et des déformations des doigts, il avait été soupçonné de lèpre; rien ne peut corroborer cette hypothèse toute gratuite; il n'y a pas d'antécédents nets; en outre, on ne trouve aucun autre stigmate de la maladie, la sensibilité est indemne et l'examen du mucus nasal, répété à plusieurs reprises, a toujours été absolument négatif, de même que l'étude du pus et des coupes.

Nous avons fait plusieurs biopsies, des fragments de peau contenant des papules, du pus provenant des ulcération des doigts, ont été tour à tour et à maintes reprises inoculés à des cobayes, sans que ceux-ci aient présenté la moindre trace d'infection tuberculeuse.

Le malade, d'ailleurs présente bien le facies strumeux, mais actuellement chez lui on chercherait en vain des lésions tuberculeuses appréciables, en train d'évoluer; l'auscultation, notamment, ne révèle absolument rien.

Au microscope, l'étude des coupes nous a donné les résultats suivants :

Du côté de l'épiderme, par places, la couche de Malpighi semble diminuer de hauteur, la couche cornée hyperkératinisée est au contraire notablement épaissie.

Dans le derme, on voit, principalement autour des vaisseaux dont la lumière semble plus ou moins oblitérée, de vastes amas de cellules fixes et lymphatiques; dans quelques points, mais très rarement, nous avons surpris des petits amas de cellules épithélioïdes; nulle part, nous n'avons vu de cellules géantes, ou de bacilles.

Le traitement a été le suivant : pour les lésions ouvertes, pansements, applications d'emplâtres de Vidal (1), attouchements au galvano-cautère; à l'intérieur, l'huile de foie de morue ayant été refusée : sirop d'iodure de fer, arrhéнал, glycéro-phosphates.

(1) Nous nous sommes également servi de l'emplâtre à l'acide salicylique.

Deux cas de gangrène de la fesse consécutive à une injection mercurielle.

Par M. PIERRE NIKOLSKY.

La gangrène consécutive à une injection mercurielle est une lésion très grave et très rare. Dans la littérature je n'en ai trouvé que six cas (Lesser 2, Brocq, Pflüger, Klotz, Glavtche) (1). Sa cause est encore controversée. Même les symptômes cliniques de la maladie ne sont pas encore étudiés complètement.

C'est pourquoi je veux présenter à mes collègues la description de deux cas de gangrène que j'ai observés dans ma pratique.

OBSERVATION I. — Le malade, âgé de 35 ans, officier, est atteint de syphilis depuis un an.

Il a déjà reçu pendant deux séries du traitement 57 injections sous-cutanées de la solution à 1 p. 100 de benzoate de mercure à la dose de 2 centimètres cubes, par injection, dans les régions fessières.

Au mois de septembre 1898, il a commencé la troisième série du traitement mercuriel. Jusqu'au 7 octobre il a reçu 22 injections.

Le 7 octobre, je lui ai fait la 23^e dans la fesse gauche, sur la ligne qui unit le grand trochanter à l'angle supérieur du pli interfessier, un peu plus près du trochanter. Après l'extraction de l'aiguille je n'ai remarqué que quelques gouttes de sang, phénomène qu'on observe souvent après l'injection.

A l'instant même le malade commença à se plaindre de douleurs très vives à la fesse et en partie à la face postérieure de la cuisse gauche.

9 octobre, le 3^e jour de la maladie. — Les douleurs sont très intenses. Elles ne se calment que dans le bain chaud. Le malade n'a pas eu de sommeil pendant deux nuits. La fesse gauche, au-dessous de l'endroit de l'injection jusqu'au pli qui sépare la fesse de la cuisse, est gonflée, indurée, très sensible au toucher et couverte de taches rouge violacé, tantôt confluentes, tantôt isolées. Mais l'endroit même de l'injection est tout à fait normal.

Pendant ces trois jours, les douleurs étaient très vives et le malade en souffrait jusqu'aux larmes. Le 4^e jour elles commencèrent à diminuer et le malade a pu dormir 1-2 heures pendant la nuit.

Le 7^e jour. — Au milieu des taches rouges on peut remarquer un endroit, large de 4 à 5 centimètres, où la sensibilité est plus vive et la couleur plus foncée.

Le 8^e jour. — Près de cet endroit on peut constater de petites bulles.

Le 10^e jour. — La couleur de toutes les parties atteintes est devenue d'un rouge clair, excepté à l'endroit plus sensible mentionné plus haut.

Le 12^e jour. — Cet endroit est couvert d'une croûte noirâtre. Les douleurs sont moins vives. Le sommeil est presque normal.

Le 18^e jour. — La croûte se détache sur quelques points.

(1) LESSER. Regarder Pflüger. — Brocq. *Annales de dermat. et de syph.*, 1901, p. 347. — PFLÜGER. *Arch. f. Dermat. u. Syph.*, 1902, Bd t. X, p. 425. — KLOTZ. *Arch. f. Dermat. u. Syph.*, 1903, Bd t. XIV, p. 265. — GLAVTCHÉ. *Le journal russe des maladies de la peau et vénériennes*, 1903, t. V, p. 277.

Le 23^e jour. — Toute la croûte se détache et tombe en laissant une ulcération large et profonde, rouge, un peu granuleuse, avec un exsudat séreux.

Le 27^e jour. — L'ulcération commence à se cicatriser et en 3 semaines elle s'est cicatrisée complètement.

Obs. II. — La malade, âgée de 24 ans, servante, est atteinte de syphilis depuis 7 mois. Elle a reçu à la consultation 7 injections de benzoate de mercure à 1 p. 100 et 14 injections d'oxyde jaune de mercure à 3 p. 100. Le dernier traitement a été commencé le 30 décembre 1903. La 4^e injection de bioxyde jaune de mercure a été faite le 27 janvier 1904, à l'aide de la seringue de Pravaz, dans la région fessière droite à l'union du tiers externe et moyen de la ligne qui joint le grand trochanter à l'angle supérieur du pli interfessier. Après l'extraction de l'aiguille, il n'y a pas eu d'hémorragie visible.

Immédiatement après l'injection, la malade commença à éprouver des douleurs très vives à la fesse droite et à l'extrémité droite inférieure. L'examen de la région faite quelques minutes après l'injection, montre une rougeur violacée en plaques irrégulières à l'endroit de l'injection et au-dessous de celui-ci, de l'œdème et une vive sensibilité au toucher de la fesse droite, du membre inférieur droit et du nerf poplité. — La malade refusa de rester à la clinique.

Le soir du 29 janvier, elle fut reçue dans ma clinique dermatologique. L'exploration faite le matin du 30 janvier (le 3^e jour de la maladie) donna les renseignements suivants :

La malade est assez robuste. Tous les organes sont normaux, excepté les ganglions lymphatiques, qui sont augmentés.

Toutes les trois nuits qui suivent l'injection, elle n'a pu dormir par suite des douleurs très intenses qu'elle ressentait à la fesse et au membre inférieur droit. Les bains chauds ne lui donnaient qu'un soulagement momentané.

La fesse droite est très augmentée de volume, enflammée et œdémateuse. Dans la profondeur des tissus on peut constater de l'induration. Sur la peau de la fesse, les plaques rouge violacé et blanches sont confluentes et s'étendent de l'endroit de l'injection en dedans, en bas et en dehors, en forme de demi-cercle, à concavité tournée en dehors.

La largeur de cette zone colorée est de 2 à 5 et 5,5 centimètres. La partie moyenne de cette zone, qui est blanchâtre grâce à l'anémie, est couverte d'hémorragies ponctuées rouge sombre, dont la couleur reste invariable sous la pression du doigt.

Toute la peau atteinte (taches rouges et taches blanchâtres) est froide, tout à fait insensible au toucher, à la température et aux piqures. Le thermomètre montre, que sa température est plus basse de 1° C. que celle des parties voisines de la peau saine. La sensibilité de celles-ci est élevée. Le nerf sciatique est un peu sensible à la pression. La température centrale était le soir de 38°,5 C. On prescrit des bains chauds de longue durée et des cataplasmes sur la fesse.

Le cours de la maladie fut le suivant :

Le 4^e jour les douleurs à la fesse étaient encore intenses, mais pas trop, et la malade pouvait un peu dormir. Ces douleurs s'apaisèrent graduellement et disparurent vers le 29^e jour. Celles qui siégeaient à l'extrémité inférieure

étaient dès le début moins pénibles, et disparurent rapidement vers le 7^e jour.

Le *volume* de la fesse commença à diminuer le 5^e jour; et vers le 13^e jour il devint presque normal, mais l'*infiltration* profonde des tissus persista longtemps et disparut vers le 66^e jour, sauf un point où la résorption complète de l'infiltrat ne fut constatée que le 82^e jour.

Les *taches* rouge violacé ainsi que les taches blanchâtres anémiques commencèrent le 4^e jour à devenir plus claires et le 9^e jour elles étaient nettement d'un rouge clair.

Le 7^e jour les parties atteintes de la peau furent couvertes de petites *bulles*. Le 9^e jour, il s'y ajouta la macération de l'épiderme, et à l'extrémité externe du demi-cercle parut une *ulcération* superficielle. Le 10^e jour, une ulcération analogue, mais plus large, se développa à l'endroit même de l'injection; la macération de l'épiderme s'étendit progressivement. Vers le 11^e jour, les ulcérations s'agrandirent et se couvrirent de *croûtes noires*.

Après quelques jours les croûtes se détachèrent, mettant à nu le fond noirâtre des ulcères, lequel se couvrait rapidement de nouvelles croûtes. Vers le 33^e jour, presque toute la partie atteinte, où se trouvaient les taches rouges et anémiques présentait une ulcération très large, de 4 à 5 centimètres de profondeur.

La *cicatrisation* de l'ulcère ne commença que le 50^e jour et la guérison complète n'eut lieu que le 82^e jour, quand la malade quitta la clinique. A ce moment, la sensibilité de la peau atteinte se rétablit complètement.

La température du corps ne fut élevée que les 7 premiers jours.

Au commencement de la maladie le *traitement* consista en bains chauds, application de cataplasmes, administration de codéine. Après quelque temps les cataplasmes furent remplacés par des compresses chaudes imbibées d'une solution de soude. Sur les ulcères, on appliqua de l'iodoforme. Chaque jour on pratiquait la galvanisation de la fesse.

L'analyse des six cas d'eschare que j'ai trouvés dans la littérature médicale et de mes deux observations ci-dessus mentionnées, nous donne le tableau suivant de la maladie.

Les symptômes les plus caractéristiques, qui paraissent *immédiatement* après l'injection, sont :

1. La *douleur* à la fesse très vive, insupportable, constante. Elle se prolonge trois jours, de sorte que le malade ne peut s'endormir une seule minute.

2. L'*augmentation de volume* de la fesse, toujours considérable; parfois presque doublé. La fesse est dure, la peau est tendue.

3. La *rougeur violacée* de la fesse, sous forme de taches irrégulières, confluentes ou isolées. Le troisième jour, au milieu de celles-ci on peut voir des taches blanchâtres, anémiques.

Les symptômes sont si prononcés qu'ils donnent la possibilité de différencier la maladie presque tout de suite après son apparition.

Les autres symptômes sont peu caractéristiques; ce sont : l'hémorrhagie, qu'on observe dans quelques cas après l'extraction de l'aiguille,

tantôt sous forme de quelques gouttes de sang, tantôt assez abondante, et la sensibilité du nerf sciatique.

La marche de la maladie est en général la suivante :

Les trois premiers jours, le malade accuse des douleurs insupportables, qui ne lui donnent pas une seule minute de repos ni jour, ni nuit. La température du corps s'élève jusqu'à 38°,5 à 39°. — La rougeur de la fesse disparaît par places sous la pression du doigt, tandis qu'en d'autres points elle reste sans changement. Ceux-ci ont une couleur plus sombre et sont plus durs au toucher. Il est très probable qu'il y a eu là une hémorrhagie dans la profondeur des tissus. Au milieu des plaques rouges, on peut voir des plaques blanchâtres, anémiées, couvertes par les hémorrhagies capillaires ponctuées de couleur rouge sombre. Toutes les parties envahies perdent la sensibilité, comme je l'ai observé chez une malade. Ces symptômes sont précurseurs de la gangrène.

Trois jours après, le volume de la fesse diminue, les douleurs s'atténuent et le malade peut s'endormir pendant quelques heures. La fièvre diminue et disparaît le septième ou huitième jour.

Cependant, les altérations locales vont plus loin. Aux symptômes décrits plus hauts, s'ajoutent *les croûtes noirâtres, les bulles, les écorchures et les ulcérations*.

Les *croûtes noirâtres* se forment, à partir des septième, huitième et neuvième jours, sur les endroits qui sont le plus durs et de plus sombre couleur. Ces croûtes sont uniques ou multiples, confluentes ou isolées. Leur grandeur est différente et leur diamètre peut varier de 5 à 6 centimètres jusqu'à 10-14 centimètres. Les croûtes, qui tombent après quelques jours, sont remplacées par de nouvelles. Leur disparition définitive n'a lieu que le vingt-troisième ou vingt-cinquième ou même quarante-deuxième jour. Sous la croûte, on peut trouver l'ulcère en voie de guérison.

Les petites *bulles* à contenu transparent se développent aussi à partir du septième jour. Elles se rompent rapidement et laissent des écorchures, qui se transforment en ulcérations.

Les *écorchures* se forment non seulement au niveau des bulles, mais aussi sur les endroits où le stratum corneum, par suite de la macération, se détache en grands lambeaux.

Les *ulcérations* ne se développent qu'à partir de la seconde semaine de la maladie. Elles se forment sous les croûtes noirâtres, aussi bien qu'à la place des bulles et des écorchures. Celles qui se forment sous les croûtes sont les plus profondes et peuvent avoir jusqu'à 5 et 6 centimètres de profondeur. Les ulcérations ont leurs fond blafard et se cicatrisent très lentement.

Pour finir la description de la maladie, il faut indiquer *le changement de couleur* des taches rouge sombre et des taches blanchâtres

en rose clair, à partir du quatrième jour. On peut penser que c'est un signe de rétablissement de la circulation normale du sang.

La durée de la maladie se prolonge pendant 1 mois et demi à 3 mois.

On ne peut pas voir *la cause* de la maladie dans l'épuisement quelconque général de l'organisme, parce que parmi les malades on rencontre des personnes robustes. On ne peut pas l'attribuer à l'action chimique ou physique du sel mercuriel quelconque, parce qu'on observe l'eschare après les injections de sublimé, de benzoate, de salicylate, de biiodure et de bioxyde jaune de mercure. On ne peut pas l'attribuer aux injections intra-musculaires ou sous-cutanées, parce que les unes et les autres peuvent être suivies d'eschare. L'endroit de l'injection n'a pas d'importance : chez un malade l'injection a été faite au centre de la fesse (Glavtche) ; chez un autre, à la partie inférieure de la fesse (Klotz) ; chez mes deux malades, les injections ont été faites sur la ligne qui unit le grand trochanter à l'angle supérieur du pli interfessier, dans sa partie externe chez un malade, et sa partie interne chez l'autre. Enfin, on ne sait à quel bacille on pourrait attribuer la maladie.

Il y a deux théories qu'on propose pour expliquer la cause de la maladie.

1° L'aiguille blesse une artère ou une veine. La compression des tissus par la grande quantité de sang sorti des vaisseaux amène la gangrène (Klotz, Glavtche). Il est vrai que nous observons des symptômes d'hémorrhagie, mais l'hémorrhagie n'explique pas tous les symptômes de la maladie, par exemple, les douleurs si vives et insupportables. De plus, la gangrène n'est pas une conséquence nécessaire de l'hémorrhagie. C'est pourquoi les auteurs qui défendent cette théorie doivent ajouter une autre hypothèse à cette supposition : l'aiguille blesse non seulement un vaisseau, mais aussi un nerf (Glavtche).

2° L'autre théorie est trophoneurotique pure. La blessure du nerf amène des altérations vaso-motrices et trophiques dans tout le domaine de ses ramifications (Brocq, Pflüger). Mais les faits anatomiques parlent contre cette supposition. Dans mes deux observations toutes les altérations ont eu lieu au-dessous de la ligne, où les injections ont été faites. Sur cette ligne il n'y a aucun nerf, qui se dirige en bas et qui commande l'innervation de la partie inférieure de la fesse.

Il me semble, que les faits cliniques nous donnent le droit de présenter une troisième théorie qui est la suivante :

3° L'aiguille ne blesse qu'une seule paroi du vaisseau artériel (l'autre paroi restant intacte).

Ce vaisseau n'est pas une veine parce que nous savons précisément que les injections mercurielles dans les veines ne donnent pas cette

complication ; par suite de la blessure de la peau tout le liquide injecté est emporté bien vite par le courant sanguin jusqu'aux capillaires. Pour les parois très délicates de ceux-ci la solution du sel mercuriel à 1 p. 100 n'est pas indifférente et une inflammation aiguë se développe sur tout le territoire des capillaires qui appartiennent à l'artère blessée. L'endothélium des capillaires se détruit ; les uns se déchirent, les autres sont obstrués par les thrombus. Une grande quantité de la partie liquide du sang sort à travers les parois altérées des vaisseaux. Grâce à ce que beaucoup de capillaires sont oblitérés, ce liquide ne peut être résorbé et produit l'œdème aigu. C'est pourquoi le volume de la fesse augmente très vite. La pression intérieure sous laquelle se trouvent les tissus est très grande, et la compression forte d'une grande quantité de nerfs et de leurs filets terminaux produit les douleurs insupportables. Un fait clinique prouve bien que cette explication est près de la vérité : après trois jours de la maladie le volume et l'œdème de la fesse s'amoindrissent et en même temps les douleurs diminuent.

A cause de l'inflammation des capillaires, le courant du sang est ralenti et le sang artériel prend les caractères du sang veineux. C'est pourquoi les taches ont la couleur rouge violacé sombre.

La position isolée de quelques taches rouges dépend de la voie des anastomoses capillaires choisie par le liquide injecté ; celui-ci peut laisser intacts quelques réseaux des anastomoses ; ainsi se forment les intervalles de la peau saine et les taches rouges isolées.

Aux endroits où beaucoup de vaisseaux sont détruits, se développe l'anémie des tissus, qui devient plus marquée grâce à la pression exercée par le liquide œdémateux. La circulation normale, qui commence à être reconstituée le quatrième jour, au moment où nous observons le changement de la couleur rouge violacé sombre en rose clair, trouve les tissus presque morts et ne peut que favoriser la formation de la ligne de démarcation et le détachement des tissus morts.

Il me semble que cette théorie correspond aux faits cliniques, mais on ne peut pas donner une explication tout à fait précise et complète tant qu'elle ne sera pas confirmée par les faits expérimentaux.

On ne connaît pas les *précautions* à l'aide desquelles on pourrait éviter avec certitude la complication en question. Mais il y a quelques précautions qui ont leur raison d'être.

1. Les injections intramusculaires sont plus dangereuses que les injections sous-cutanées, parce que les vaisseaux des muscles étant plus grands, sont plus accessibles à la blessure par l'aiguille que les vaisseaux plus petits du tissu sous-cutané. Dans la plupart des cas d'eschare connus, les injections ont été intramusculaires.

2. Il faut faire les injections dans le tissu tout à fait mou normal, qui n'est pas induré par les injections précédentes. Dans tous les cas connus, l'eschare n'a eu lieu qu'après des injections multiples, de cinq à trente-six, et presque toujours pendant le cours du traitement répété. On peut bien admettre que l'induration des tissus constitue une condition favorable à la formation de l'eschare, parce que l'artère qui se trouve au milieu des tissus normaux échappe plus facilement à l'aiguille que l'artère située au milieu de tissus infiltrés.

3. Il faut employer une aiguille très pointue, parce que le vaisseau lui échappe plus facilement qu'à une aiguille mousse.

4. On conseille de s'assurer, après l'introduction de l'aiguille, qu'il n'y a pas d'hémorrhagie. Cette précaution a sa raison d'être, quoique dans le cas de Brocq elle n'ait pas donné de résultat satisfaisant.

Pour le *traitement* de la maladie il faut employer les moyens et les remèdes qui corrigent la circulation, calment les douleurs et fortifient les tissus altérés. Au commencement de la maladie, les bains chauds (30° C.) de longue durée donnent un résultat assez satisfaisant, parce qu'ils calment les douleurs, tandis qu'alors le malade ne supporte pas bien des compresses chauffant. La chaleur provoquée par ces compresses n'est qu'un résultat de la réaction des vaisseaux contre le froid. Mais dans nos cas, plusieurs parties des tissus étaient presque privées de sang et toutes les parties altérées étaient froides. Il est évident que la réaction normale des vaisseaux fait défaut, c'est pourquoi il n'y a pas de raison d'employer les compresses chaudes. Il vaut mieux employer les cataplasmes qui ont leur propre chaleur. Quand la circulation normale du sang est reconstituée, vers le septième ou neuvième jour, les compresses chaudes sont utiles. A l'intérieur on donne de la codéine (0,04 trois fois par jour). Pour la fortification des tissus altérés il est utile d'employer la galvanisation de la fesse. Le traitement des ulcères consiste, comme d'ordinaire, dans l'emploi de l'iodoforme, du nitrate d'argent, etc., suivant les circonstances.

M. GAUCHER. — Les deux observations de M. Nikolsky confirment ce que j'ai dit, dans cette Société, à propos de la communication de M. Brocq en 1904, à savoir que les injections de benzoate de mercure doivent être faites dans le tissu cellulaire sous-cutané et non dans les muscles, et que ce sont les injections intramusculaires qui peuvent produire une eschare.

Le Secrétaire,

P. DÉHU.

SÉANCE DU 1^{er} FÉVRIER 1906

Présidence de M. Alfred Fournier

SOMMAIRE. — Ouvrages offerts à la Société. — A propos du procès-verbal : A propos de la soi-disant épidémie familiale de Briey, par M. JACQUET. (Discussion : MM. HALLOPEAU, SABOURAUD, BALZER, JACQUET.) — Un cas de maladie des vagabonds, par MM. A. LE PLAY et DÉHU. (Discussion : MM. HALLOPEAU, DARIER, FOURNIER, DANLOS.) — Ulcère trophique rebelle du sein, par MM. A. LE PLAY et DÉHU. (Discussion : MM. DARIER, LE PLAY, DÉHU, FOURNIER, LENGLET.) — Auto-inoculation de chancre syphilitique, par M. QUEYRAT. (Discussion : MM. RENAULT, BARTHÉLEMY, DARIER, FOURNIER, LENGLET, SABOURAUD, QUEYRAT.) — Chéloïdes des muqueuses, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT. — Spina ventosa syphilitique, par MM. GAUCHER et SABATIÉ. — Nouvel appareil protecteur localisateur pour radiothérapie assurant la protection du médecin et du malade, nouveaux tissus protecteurs, par M. J. BELOT. (Discussion : MM. SABOURAUD, BELOT.) — Radiothérapie du lupus érythémateux fixe de la face, par MM. Gastou et DECROSSAS. (Discussion : MM. LEREDDE, DANLOS, BELOT, DARIER.) — Ulcération tuberculeuse primitive de la vulve chez une fillette de 11 mois, par MM. AUDRY et COMBÉLÉAN. — Sur une dermite végétante avec éléphantiasis entée sur une asphyxie locale mutilante des extrémités, par MM. HALLOPEAU et GRANCHAMP. — Récidive de chancre induré ou ulcération tardive avec induration chondroïde, par MM. HALLOPEAU et GRANCHAMP. (Discussion : MM. AL. RENAULT, FOURNIER, DARIER, HALLOPEAU.) — Lymphadénome primitif ulcéré de la lèvre avec surinfection secondaire, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT. (Discussion : MM. A. FOURNIER, DE BEURMANN, DANLOS, LEREDDE, HALLOPEAU, RENAULT.) — Sur un nævus systématisé acnéiforme du membre inférieur avec loci minoris resistentie, par MM. HALLOPEAU et ROY. — Syphilides tertiaires avec éléphantiasis des organes génitaux et glossite hypertrophique, par MM. BALZER et DESHAYES. — Contribution à l'étude des syphilides secondaires tardives, de l'érythème péri-buccal secondotertiaire, et de l'érythème tertiaire, par MM. BALZER et DESHAYES. — Favus atypique du cuir chevelu et favus des ongles, par M. DANLOS. — Érythème polymorphe circiné purpurique, par MM. GAUCHER et BOISSEAU. — Elections. — Erratum.

Ouvrages offerts à la Société.

A. FOURNIER. — *Traité de la Syphilis*, t. II (1906).

G. MIRON. — Tétanos et son traitement. Extr. *Presse médicale*, 1^{er} novembre 1905.

P. MULZER. — Ueber das Vorkommen von Spirochæten bei syphilitischen und anderen Krankheitsproducten. *Sonderabdruck*, 1905.

E. HOFFMANN. — Über eine durch scilla maritima hervorgerufene vesikulöse Dermatitis nebst Bemerkungen über die Bedeutung der Raphiden. *Sonderabdruck*, Berlin, 1904.

E. HOFFMANN. — Über einen Fall von Z. T. gangränösen Chancres mixtes an Lippe und Zunge mit später auftretendem Pseudo-chancr am Unterarm. Berlin, 1905.

— Ueber die Spirochæte pallida. Sonderabdruck, Leipzig, 1905.

Spirochæte pallida bei einem mit Blut geimpften Makaken. Sonderabdruck, Berlin, 1905.

— Weitere Mitteilungen über das Vorkommen der Spirochæte pallida bei Syphilis. Sonderabdruck, Berlin, 1905.

— Ueber Isoform dermatitis bei einen mit Jodoformidiosynkrasie behafteten Kranken. Sonderabdruck. Berlin, 1905.

— Ueber das Vorkommen von Spirochæten bei ulcereerten Carcinomen. Sonderabdruck, Berlin, 1905.

A propos de la soi-disant épidémie familiale de Briey.

Par M. JACQUET.

M. Hallopeau s'était borné, au cours de la dernière séance, à *mentionner* l'existence de cette nouvelle *épidémie*, et j'avais dû me contenter de relever, une fois de plus, l'excessive confiance de notre collègue.

J'ai eu, depuis, le texte sous les yeux et nous pouvons, maintenant, juger la valeur de ce fait « *positif* ».

Résumons exactement tout d'abord :

M^{me} D..., en septembre 1903, est vue par notre confrère le Dr Giry, avec, au côté droit de la nuque, une aire de trois centimètres et demi « absolument dénudée » ; elle est accompagnée de ses deux filles, peladiques toutes deux ; elles ont, d'après leur propre avis, gagné la pelade en se servant du peigne de leur mère.

M^{me} M..., aux fêtes de la Toussaint, vient chez M^{me} D..., sa sœur ; elle « oublie son nécessaire de toilette et se sert du peigne » de sa sœur ; et en mai 1904 notre confrère la voit atteinte d'une *petite* plaque peladique, qui est à ce moment « dans la période de guérison ».

Les deux filles de M^{me} M..., viennent chez leur mère en mai 1905 ; elles se servent de son peigne et *toutes deux* sont prises de pelade à aires « lisses, polies comme de l'ivoire ».

Six cas au total dans la même famille.

Réfléchissons un peu maintenant :

« Dans les 5 cas, nous dit M. le Dr Giry, la contagion s'explique très bien, elle résulte, *d'après les déclarations mêmes des malades*, de la contagion par le peigne. »

La déclaration même des malades est évidemment un argument de poids, mais peut-être serait-il bon de le contrôler : comment le faire dans l'espèce ? En nous montrant, par exemple, que les éclosions successives ont eu lieu à des dates correspondant approxima-

tivement aux limites hors desquelles l'inoculation et l'incubation peladique paraîtraient *invraisemblables*.

Or, à ce point de vue capital, le silence du D^r Giry est *absolu*.

Passons, cependant, pour le premier groupe familial ; M^{me} A... et ses deux filles *paraissant* cohabiter : l'inoculation aurait donc pu se produire à un moment quelconque.

Mais il n'en est pas ainsi pour M^{me} M.... Elle vient chez sa sœur le 1^{er} novembre 1903 : quand se fait l'éclosion de la dermatose ?

Réponse : *à la suite* de ce séjour. C'est un peu vague.

Mais pour M^{me} M... c'est bien plus grave : elles sont en pension à Metz, et viennent chez leur mère à Pâques 1905. Elles ont été contaminées *toutes deux*. — Quand cela ? — *A la suite* également de leur séjour. Ici, l'imprécision est rédhitoire et bien révélatrice d'un manque de méthode radical dans l'observation : il suffit, en effet, que ces malades aient été atteintes, ce qui est fort possible, de *deux à trois mois* après leurs voyages respectifs pour que nous n'ayons plus, valablement, nulle raison de faire intervenir la contagion.

Car nous admettons, tous, aujourd'hui que la pelade est une maladie à tendances *familiales*, pour des motifs bien différents du parasitisme, et ces motifs je pense les avoir moi-même fait entrevoir.

En tout cas, j'ai cité le fait de l'un mes frères atteint de pelade, à peu près en même temps que moi, exactement à la région mentonnière latérale droite, comme moi-même, et cela, à 400 kilomètres de Paris, et bien que nous ne nous fussions pas vus depuis près d'un an.

Vers la même époque, Pavlow (1) citait un cas familial, à peu près exactement superposable.

Peu après, mon éminent et vénéré maître, M. E. Besnier, m'adressait pour la pelade un de ses clients.

Celui-ci me déclara spontanément que sa sœur était peladique aussi.

« — Et, naturellement, lui dis-je, vous êtes persuadé que l'un de vous a contaminé l'autre ? »

— Oh ! Pas du tout.

— Vous m'étonnez !

— C'est pourtant bien simple : j'ai *appris* que ma sœur a la pelade, mais nous sommes brouillés, et ne nous sommes pas vus depuis fort longtemps. »

Un peu plus tard, enfin, j'ai eu l'occasion d'observer, et je crois que Sabouraud a observé comme moi, un jeune peladique, apparenté à la plus haute aristocratie médicale ; la mère et le frère

(1) PAVLOW. Rapport sur les pelades. In *Congrès internat. de Dermat. et de Syph.* Paris, 1900, p. 383.

de ce jeune homme avaient eu la pelade, mais chacun fut atteint à des intervalles de plusieurs années.

J'ai observé, depuis, plusieurs faits de ce genre.

Le fait que la pelade tend à sévir *familialement*, en dehors de toute intercontagion possible, oblige à exiger une chronologie très rigoureuse, des auteurs qui font intervenir ce dernier mode : on a vu que nous étions, à Briey, bien loin de cette précision !

Et par contre, notre confrère, muet sur ces points majeurs, nous donne à certains autres égards, des détails d'une netteté *photographique* : nous savons, par exemple, le côté et la dimension, au millimètre près, d'une aire peladique, *vue près de trois ans auparavant* : à la bonne heure !

J'avais tort, d'ailleurs, de me demander si la diagnostic était bien sévèrement motivé : à l'école de Briey, comme dans la famille peladique, toujours de belles et bonnes aires bien arrondies, entièrement dénudées, glabres, lisses comme *de l'ivoire*. Jamais on n'a vu tant de pelades *billes de billard* ! Bref, c'est toujours la pelade *schématique*, telle que nous la voyons rarement ; sauf... dans les descriptions classiques.

Nous allons voir maintenant que l'épidémie de Briey n'est pas moins intéressante pour le psychologue que pour le dermatologiste.

M^{me} D... est peladique. En dépit des préjugés contagionnistes, que nous avons vus, dans une période précédente, gravés dans l'âme populaire, ses filles n'hésitent pas à se servir du peigne de leur mère : les voilà *toutes deux* peladiques, et, pour le coup, fort animées sans doute contre le peigne.

Cela se sait et se dit d'ordinaire dans les familles ! Or, leur tante se met en route pour aller les voir : dans ses préparatifs de voyage, que va oublier cette dame ?

Son peigne, parbleu !

L'ayant oublié, elle se gardera, dans cette famille hantée par l'idée de la contagion, de se procurer cet ustensile intime et ubiquitaire, et n'hésitera pas à recourir au peigne redoutable de M^{me} D... Et voici une nouvelle victime !

M^{me} M..., à son tour, reçoit ses deux filles. Ah ! cette fois, les précautions seront prises ! Or, ces deux jeunes personnes ont sans doute oublié aussi leur peigne. En tout cas, malgré les ravages familiaux causés par cette insouciance, et comme dominées par la soif du martyr peladique, elles n'ont rien de plus pressé aussi que d'employer — *toutes deux* — le peigne maternel, et, de même que les *deux* demoiselles D..., voici les *deux* demoiselles M... atteintes, chacune, de *deux* aires peladiques : familles amoureuses vraiment de symétrie !

Mais plus que le peigne de M^{me} D..., le peigne de M^{me} M... est plein

d'enseignements : M. le D^r Giry a vu cette dame, en mai 1904, atteinte alors d'une *petite plaque en voie de guérison*, et c'est seulement à la suite des vacances de Pâques 1905 que ses filles sont atteintes.

Or, une *petite plaque en voie de guérison*, est généralement *guérie*. DOUZE MOIS PLUS TARD ! Et nous voilà tenus d'admettre, de par ce nouveau fait *positif*, que le microbe de la pelade est doué d'une virulence assez foudroyante pour que le maniement passager du peigne d'une *ex-peladique*, suffise, comme par une sorte de dé clic automatique, à faire simultanément *deux* victimes !

Et puis on ne nous parle pas du séjour que les deux demoiselles M... n'ont pas manqué de faire chez leur mère aux grandes vacances de 1904 : elles ont eu le temps, alors, de toucher au peigne maternel, et dans une famille aussi fascinée par ce terrible ustensile, on peut penser qu'elles n'y ont pas manqué : pas de pelade alors. Ce sera pour au moins *huit mois* plus tard : et nous voilà tenus d'admettre que le fameux microbe est sans doute *le seul qui contamine en vieillissant*.

Ces choses, et d'autres encore, ne sont point pour ébranler la foi de M. Hallopeau. Notre collègue, vraiment, peut revendiquer pour lui cette remarque, un peu modifiée, d'un philosophe illustre : *Nous ne croyons pas une chose, parce que nous la jugeons véridique ; mais nous la jugeons véridique parce que nous la croyons*.

Quant à nous, qui ne sommes pas à ce point des *croyants*, nous nous disons invinciblement : si l'on peut, sur le texte seul, relever de telles invraisemblances, que serait-ce si l'on pouvait y aller voir ?

Et j'ai demandé à notre confrère de Briey s'il ne voudrait pas nous faciliter et nous permettre l'enquête directe : je n'ai reçu aucune réponse encore (1).

Je n'incrimine, bien entendu, la bonne foi de personne. Et je pense qu'il se produit là, dans le cerveau des malades, une série de malentendus, d'équivoques, d'opinions tendancieuses, toute une fantasmagorie que le médecin a tort d'accepter sans contrôle.

Et quant à lui, fort de sa bonne foi, sa faute principale est de donner, *après coup*, des détails confirmatifs de son opinion.

Quoi d'étonnant à cela ? M. Hallopeau écrivait en substance à notre confrère : « On pourrait vous reprocher ceci, cela, et autre chose encore ; donnez des détails : *Jacquet est des plus méticuleux* » (2).

Hélas ! que ne puis-je faire la même constatation à propos de mes deux contradicteurs !

Et l'on donne, en toute bonne foi, des détails. Mais comme on

(1) Je n'en ai pas reçu davantage au moment où je corrige les épreuves de ce travail (13 février).

(2) Lettre communiquée par M. le D^r Giry.

n'a pas observé *directement*, d'après nature, on les donne de *mémoire*, ou, ce qui est pis, d'après ses auteurs : de *chic*, comme disent les artistes. De là le côté à la fois *flottant, vague, et artificiel, schématique, livresque* en un mot, de ces relations.

Veut-on une autre preuve bien palpable : le Dr Giry a bien voulu m'écrire à la date du 25 décembre, qu'il avait observé cinq cas, *cinq*, bien souligné, de pelade, dans une même famille. Deux semaines après, de cinq cas, nous passons à *six*.

Au total, à Paris, on inocule en des conditions de terrain et de virulence *idéales*, par friction, par pénétration intra-folliculaire, par application sur frictions, par frictions sur pénétrations : que sais-je encore?

On traite, par l'acupuncture à la brosse à crins roides, non désinfectée, les aires peladiques, leur bordure et les régions saines : j'ai pu arriver ainsi à un total de tentatives d'inoculation *incommensurable*, sur terrain *optimum* : rien, implacablement RIEN.

A Briey, le seul contact d'un peigne, *plusieurs mois après la guérison d'une peladette*, exerce des ravages dans une honnête famille.

Eh bien! je dis que le paradoxe est trop fort, le contraste trop violent!

Sur un point, cependant, je suis d'accord avec M. Hallopeau : *les faits positifs priment les faits négatifs*. Et je ne croyais pas qu'il fût nécessaire d'énoncer un *truisme* d'une aussi banale évidence. Mais on nous parle de faits *positifs*, et l'on nous apporte des bulles de savon!

Cela ressemble vraiment à une gageure et je me demande parfois, je l'avoue ingénument, si notre collègue n'est pas un pince-sans-rire méconnu, qui abuse, sans pitié, de mon anti-contagionnisme candide...

Je me résume : *Quelques coïncidences, pas mal d'erreurs d'observation et un grand manque de sens critique*, tel est le fondement de la fantasmagorie contagionniste.

..

Certes, je suis confus d'avoir retenu si longtemps l'attention de la Société, sur des choses aussi peu dignes d'elle.

Pourtant, vous m'excuserez en considération de la répercussion sociale de cette doctrine : tous les jours encore, un assez grand nombre de nos semblables ont à souffrir de l'ostracisme qui les frappe. Voilà ce qui nous oblige à réagir contre une opinion erronée, qui n'est pas *inoffensive* (1).

(1) L'après-midi même du jour où eut lieu cette séance, je reçus la visite d'une domestique que m'adressait mon collègue et ami Florand.

L'histoire de cette femme est navrante : atteinte de pelade médiane à la nuque

Un client de notre collègue Brocq faisait récemment amende honorable en ces termes : « J'ai chassé mon coiffeur et j'en suis bien fâché, car j'ai guéri.... chez mon dentiste. »

M. HALLOPEAU. — Dans la dernière séance, M. Jacquet a terminé son argumentation relative à une épidémie de pelade en me disant : « vous êtes *un homme de foi* ». Je lui demande la permission de lui retourner, sans sa douce ironie, la même qualification, avec cette différence que ma foi se borne, en cette matière, à considérer comme véridiques et bien interprétées des observations provenant de confrères consciencieux et donnant la marque d'une connaissance indiscutable de la question, tandis que M. Jacquet l'applique à une théorie aussi contestable, suivant moi, que contestée.

Cette foi conduit M. Jacquet à considérer comme fausse ou négligeable toute conception contraire à cette théorie : c'est ainsi que la progression excentrique et la multiplication des plaques de pelade, caractères propres aux maladies infectieuses, n'appellent en aucune mesure l'attention de M. Jacquet ; qu'il en est de même de la grande analogie de ses allures avec celles de la trichophytie, analogie telle que les praticiens inexpérimentés confondent souvent les deux maladies. M. Jacquet ne peut contester la curabilité par les parasitocides ou les agents modificateurs du milieu que constitue le cuir chevelu, mais il en donne une autre interprétation. Suivant lui, les exemples de cas multiples de pelade dans des familles, dans un bureau, dans une école, dans un bataillon, sont de simples coïncidences ou des faits mal interprétés. Les cas de pelade sont fréquents dans cet hôpital parmi les serviteurs et les médecins : M. Jacquet lui-même ainsi que notre garçon de consultation et votre serviteur l'ont contractée et l'on rappelait naguère à l'Académie les 5 internes sur 12 qui en ont été victimes en une seule année : M. Jacquet n'en a cure. Les religieuses, qui ont la tête constamment couverte, en sont seules exemptes à Saint-Louis, et, d'après les renseignements qu'a bien voulu nous fournir notre confrère M. Brochin, elles ne sont que très exceptionnellement

depuis deux mois environ, on la chassait comme contagionnante. Et la pauvre fille, convaincue et résignée, trouvait cela tout naturel.

Or, elle était entrée chez ses maîtres cinq mois auparavant, en qualité de nourrice sèche. Depuis lors, elle *n'était pas sortie seule* ; et n'avait fait qu'une promenade quotidienne en automobile, avec l'enfant confié à sa garde ; impossible de relever le moindre contact suspect.

Par contre, un mois et demi environ avant le début de sa pelade, l'enfant étant tombé gravement malade, elle avait été soumise à un surmenage intense *de jour et de nuit*. Dans ces conditions, elle fut prise de quelques névralgies et de prurit à la nuque : c'est alors qu'on reconnut sa pelade.

Elle avait en outre, aux deux mâchoires, plusieurs grosses lésions infectées et actives. Il m'est aisé maintenant, comparant ce cas à tant d'autres analogues, suivis du commencement à la fin, de dégager ici la pathogénie : ces lésions dentaires restèrent inefficaces, au point de vue peladique, tant que le système nerveux garda son *tonus* normal. Survint alors un grave surmenage et les mêmes lésions, exaltées elles-mêmes, devinrent alors peladogènes.

Ainsi, ces maîtres durs chassèrent une pauvre servante, à cause d'une maladie contractée *pour eux et par eux* : bel exemple d'inconsciente férocité bourgeoise ! Quand donc sortirons-nous de cette barbarie ?

atteintes dans la grande école de la rue du Bac, où notre excellent confrère en a vu passer sous ses yeux un nombre colossal : c'est là pour M. Jacquet un fait sans valeur. Il ne tient pas compte davantage des localisations géographiques de la pelade, en particulier de son extrême rareté à Moscou, faits qui s'expliquent cependant par la théorie parasitaire et non par la théorie dentaire.

Pour ce qui est des inoculations, notre collègue interprète sans elles le transport fréquent de la pelade du cuir chevelu au tissu sous-unguéal et il considère comme non probante l'auto-inoculation du malade de Blaschko. Étant donnée cette disposition d'esprit, je ne puis m'étonner que la petite épidémie observée par notre confrère Giry n'ait pas trouvé grâce devant lui. J'avoue cependant ne pas comprendre la valeur des reproches qu'il lui adresse : si la pelade est contagieuse, il doit suffire du contact commun d'un peigne pour la transmettre.

La tendance univoque des conclusions de M. Jacquet s'explique aisément, car il suffit d'un fait probant de contagion ou d'inoculation pour renverser tout l'échafaudage de sa théorie dentaire : or, à mes yeux, les faits probants de contagion n'ont plus besoin d'être comptés.

Le principal argument de M. Jacquet est aujourd'hui l'insuccès constant des inoculations. Or, si ces insuccès prouvent que la pelade n'est pas habituellement inoculable, ils n'établissent nullement qu'elle ne l'est jamais et l'interprétation que j'ai formulée à cet égard ainsi qu'il suit demeure la plus vraisemblable : suivant moi, le contagement peladique reste pendant presque toute la durée de la maladie profondément inclus dans les follicules pileux et par conséquent loin de la surface par laquelle il pourrait être transmis, mais par périodes, sous une influence indéterminée, il devient superficiel et la maladie acquiert alors momentanément un pouvoir élevé de contagiosité. Je crains bien de ne pas me trouver encore à cet égard en opinion commune avec M. Jacquet : mais, quelque divisés que nous soyons relativement à l'interprétation des faits, je me tiens à sa disposition pour aller étudier de concert avec lui toutes les épidémies qui nous seront signalées dans un rayon accessible à nos investigations.

Je termine en faisant remarquer combien il est dangereux, au point de vue de la prophylaxie sociale, de considérer comme non contagieuse une maladie qui se propage dans les conditions que nous venons d'indiquer.

M. SABOURAUD. — Dès 1896 je me suis élevé contre l'erreur commise par les partisans de la contagion lorsqu'ils nous apportaient comme démonstration l'observation d'épidémies de pelade qui n'existaient pas.

Aucune de ces soi-disant épidémies n'était autre chose qu'un assemblage de faits disparates : trichophyties méconnues, alopecies post-traumatiques, post-impétigineuses, commencement de vulgaire calvitie, etc.

M. L. JACQUET. — Mon ami Sabouraud me permettra de lui faire remarquer que je n'ai point méconnu son rôle bienfaisant dans la disqualification de certaines soi-disant épidémies de pelade.

Mais déclarer telle ou telle épidémie *inexistante*, c'est une chose ; et proclamer, comme je n'ai cessé de le faire, que la pelade n'est ni *contagieuse*, ni *épidémique*, ni *parasitaire*, et s'efforcer de montrer *ce qu'elle n'est pas*, et

aussi *ce qu'elle est*, c'en est une autre. Et en cela je regrette que nous ne soyions pas d'accord, et qu'il n'ait pas encore renié le rôle peladogène de son micro-bacille.

Je suis bien embarrassé pour répondre à M. Hallopeau : il a apporté de nouveaux faits *positifs*, ainsi qu'il se plaît à les qualifier; texte en main, j'en ai montré l'inanité, et je ne crois pas qu'ils soient susceptibles de reviviscence : le mieux serait de laisser ces choses dans l'ombre discrète d'où elles n'auraient pas dû sortir.

Mais maintenant, notre collègue se réfère aux bonnes vieilles épidémies d'autrefois; et il invoque l'autorité de leurs auteurs.

J'écarte tout d'abord cette prétention : toute question scientifique est et restera éternellement *revisable*; nulle autorité traditionnelle ne peut ni ne doit être invoquée comme *définitive*.

Je veux bien pourtant discuter ces faits avec lui : mais qu'il apporte *les textes*, et nous causerons. Il invoque notamment l'épidémie de bureau qui a été citée par M. E. Besnier : qu'il me permette de lui dire, que ce Maître ne s'ankylose nullement dans le passé, même quand il est personnellement en cause, et il voulait bien me dire tout récemment qu'il considérait les enquêtes de jadis, *y compris les siennes*, comme *absolument insuffisantes aujourd'hui*.

M. Hallopeau cite ma propre pelade comme imputable à l'hôpital Saint-Louis. Il joue vraiment de malheur : j'ai passé plusieurs années à manipuler sans nulle précaution tous les peladiques de M. Besnier, et pendant ce long espace de temps, je demeurai indemne. C'est quand j'eus cessé ce service, et en revenant de vacances au bord de la mer, que j'ai été atteint de pelade de la barbe.

Je sais bien que les épidémies de naguère sont pour M. Hallopeau *inexpugnables* : on a vu, répétera-t-il immuablement, 5 internes sur 12 qui ont été victimes en une *seule* année! On a vu aussi jadis bien des choses stupéfiantes, bien des thaumaturgies; oui, mais... *on ne les verra plus, parce qu'on regarde mieux*.

La tête des religieuses joue un grand rôle dans les convictions de notre collègue : elles sont constamment couvertes, dit-il. C'est même une raison pour qu'on ne voie pas les aires peladiques dont elles sont parfois atteintes. Je dis *parfois*, car personnellement j'en ai observé un cas chez une religieuse du Sacré-Cœur. On ne fait pas, à ce que je crois, d'inspection périodique des têtes des religieuses; et l'on sait de reste, que c'est généralement par autrui que l'on est informé de sa propre pelade.

Et notre collègue ne pouvait manquer de rappeler l'*auto-inoculation du malade de Blaschko*, qui n'a rien auto-inoculé du tout (1).

M. Hallopeau invoque la forme et l'extension périphérique des aires peladiques : c'est également ce qui se passe pour les dermatoses dont l'origine trophonévrotique est le plus certaine, pour les zones d'hyperesthésie cutanée, les névro-dermites, le *prurit pur* surtout, auquel on n'a pas encore attribué une origine microbienne.

Il croit à l'action curative des *parasitocides* : personnellement, quand mon

(1) Voir la réfutation de ce prétendu succès d'inoculation, conçu et exécuté en dehors de tout contrôle de Blaschko lui-même, et qui fut contesté par les collègues de Blaschko, dans la Thèse de Spiral, Paris, 1905. Steinheil, éditeur.

diagnostic causal est bien établi, je ne fais plus *nul traitement de ce genre*, et j'*offre à M. Hallopeau de tenter concurremment, par nos méthodes respectives, le traitement d'une série de peladiques.*

Notre collègue critique la théorie dentaire et la déclare contestée et contestable. *Contestée ?* Oui certes ; encore qu'elle ait en peu de temps gagné plus de terrain que je n'espérais.

Contestable ? Attendons la fin.... Et que M. Hallopeau me permette de lui rappeler que lors de mes présentations diverses il a toujours été impuissant à contester les *faits* que je montrais.

Qu'il me permette de lui rappeler en outre que lors de la commission dont je faisais partie comme lui, j'ai fait de vains efforts pour l'amener à instituer le contrôle méthodique de la théorie dentaire. Quels que fussent les motifs de ce refus, il n'en reste pas moins vrai que je ne peux pas l'obliger à voir des choses qu'il ne veut pas consentir à regarder. Mais il ne saurait méconnaître que je fais tous mes efforts pour qu'il regarde.

La seule déclaration que je puisse, au total, juger intéressante dans son argumentation, c'est sa promesse d'aller examiner de concert avec moi les épidémies futures : j'en prends acte bien volontiers.

Et je crois en effet que, dans l'état de division où nous sommes, tout esprit raisonnable jugera bon de n'attacher désormais d'importance qu'aux seules constatations *méthodiques, directes et contradictoires.*

Rayons donc du bilan dermatologique les « épidémies de Briey », et gardons-nous de dire comme notre collègue : « Si la pelade est contagieuse, il doit suffire du contact commun d'un peigne pour la transmettre ». Il est clair en effet que si nous commençons par *supposer la question résolue*, les choses paraîtront bien plus simples ! Et M. Hallopeau peut voir ainsi, que *ma foi* n'est pas de même qualité que la sienne, et que j'ai eu raison précédemment de recommander à ses méditations une pensée de Spinoza.

M. HALLOPEAU. — M. Sabouraud a-t-il observé la contagion entre époux ?

M. SABOURAUD. — Il ne faut pas dire contagion puisque ce mot préjuge précisément la question qui est en litige, mais il y a des faits remarquables de concomitance. J'en ai observé personnellement *10 à 12 cas*, et si je ne suis pas plus affirmatif quant à leur nombre c'est que les premiers datent d'une époque où la contagion ne semblait douteuse à personne, et où leur observation a été certainement moins minutieuse qu'on ne serait en droit de l'exiger aujourd'hui.

Quel que soit leur nombre, la plupart de ces faits de pelade conjugale restent certains. Ils ne peuvent être niés. Toutefois leur mode étiologique reste douteux même à mes yeux.

M. L. JACQUET. — Sabouraud a observé *10 à 12 cas* de transmission inter-conjugale, encore n'en est-il pas sûr : mais sur quel total de peladiques ? Sur *plusieurs milliers* peut-être. Or la question est justement de savoir quelle est la proportion des cas de ce genre. Il est probable qu'elle est *faible*, et qu'elle ne dépasse pas le taux qui correspond à la fréquence globale de la dermatose elle-même.

En tout cas la rareté de ces faits a jusqu'ici beaucoup frappé les observa-

teurs ; c'est même un des arguments qu'ont le plus invoqué les anti-contagionnistes.

Il serait donc utile d'être fixé autant qu'on peut l'être dans une question de ce genre, et j'espère que Sabouraud voudra bien nous donner la relation précise de ces faits ; nous indiquer l'âge des conjoints, et la durée de leur union ; nous dire surtout s'il a constaté *lui-même* la dermatose chez les deux membres du couple ; ou si dans certains cas, la soi-disant contamination lui a été *seulement* affirmée.

Enfin et surtout, il est important de savoir, si parmi les ménages peladiques il n'en est pas qui prenaient des précautions plus ou moins rigoureuses.

Alors seulement, on pourra juger la valeur de ces faits.

J'ajoute maintenant que la *coïncidence* joue quelque rôle dans les choses d'ici-bas, et qu'il faut s'en méfier. Et à propos de pelade je vais en citer une bien suggestive. Il y a quelques années, alors que je n'étais pas entièrement guéri encore d'une aire peladique de la région mentonnière latérale droite, j'entre avec M. J. Benda dans un restaurant de la gare Saint-Lazare. Un garçon vient à nous, et en dépit de sa rasure correcte, je pus faire remarquer à mon compagnon qu'il portait à la région mentonnière *gauche*, au point à peu près exactement homologue au vestige de la mienne, une aire peladique qui tranchait par sa blancheur sur le bleu foncé de la peau saine.

Et nous devisions philosophiquement sur cette coïncidence, lorsque survint un compositeur de musique, ami de M. Benda, porteur d'une belle pelade symétrique de la barbe, que depuis j'ai soignée.

Voilà donc, en une portion bien restreinte de l'espace et du temps, la conjonction de trois cas de pelade, non point *quelconques*, mais *congénères*.

Et songez un peu à ce que j'aurais pu supposer si, au lieu d'être à la fin de ma dermatose, j'en eusse été atteint quelques jours plus tard ! J'eusse bien difficilement échappé à la tentation de croire à une contamination.

Conclusion : la *coïncidence* existe et le médecin a le devoir de s'en méfier. Et c'est le cas peut-être de rappeler qu'un mathématicien se faisait fort, si on lui donnait suffisamment de lettres de l'alphabet et l'*infini* pour tenter cette expérience, d'obtenir en les lançant au hasard sur le sol un chant de l'*Iliade*.

M. BALZER. — Il n'est pas certain que les expériences de M. Jacquet permettent d'écarter à jamais la possibilité de produire la pelade expérimentale par contagion. Il peut se faire que les circonstances suffisantes de la contamination n'aient pas été réalisées par lui. La syphilis n'a-t-elle pas été regardée comme impossible à inoculer jusqu'au jour où les grands singes l'ont reçue ? Beaucoup d'expérimentateurs avaient échoué jusque-là.

M. L. JACQUET. — Mes expériences, j'en conviens, ne pourraient pas être invoquées contre tous les modes de l'infection ; mais elles sont valables contre la modalité que l'on attribue à la contamination peladique.

Vous attribuez la pelade au contact d'une coiffure, ou d'un peigne ? Je suis en droit de vous dire que les tentatives d'auto-inoculation INNOMBRABLES et celles d'hétéro-inoculation, au nombre de ONZE CENTS, que j'ai vainement instituées en des conditions beaucoup plus parfaites et directes à ce point de vue, sont incompatibles avec cette pathogénie, et, pour tout homme sans parti-pris, doivent l'exclure.

On a longtemps attendu, dites-vous, l'inoculation de la syphilis, et on vient pourtant de la réaliser.

Vous oubliez que *sur l'homme*, elle a toujours été facile; *trop facile*. Or, moi j'opère sur l'homme, *non peladique, ex-peladique et peladique en pleine éclosion d'aires nouvelles*.

Et j'opère par frictions, applications, pénétration intra-folliculaire : Et je combine ces divers modes.

Que veut-on de plus ? Que veut-on de mieux ?

Je demande la permission de faire remarquer, à titre de conclusion, la stérilité actuelle de la doctrine microbienne, au point de vue *pelade*. On parle encore de son microbe, comme par une sorte de vague et mécanique survivance, mais *personne ne le cherche*.

Par contre, j'ai prié à plusieurs reprises déjà, que l'on voulût bien contrôler mes travaux : *je réitère ma demande*. Une occasion favorable va s'offrir : c'est à l'entrée du printemps que sévit l'un des *maxima* peladiques annuels, et l'on peut dire maintenant *pourquoi*. Chacun de nous aura donc à observer un certain nombre de pelades récentes, *neuves* : qu'on veuille bien alors se souvenir de ma doctrine et la soumettre à un contrôle *attentif, réfléchi, impartial*.

Pour ma part, j'apporterai alors un ensemble de faits *précis, probants*, ne laissant prise à *nul doute*, et je réfuterai la critique, défavorable en son ensemble, mais *consciencieuse*, j'ai plaisir à le proclamer, qui a été faite de mes idées en *Allemagne*, et notamment par Bettmann.

Un cas de maladie des vagabonds.

Par MM. LE PLAY et DÉHU.

Les modifications pigmentaires imprimées aux téguments sous des influences parasitaires forment dans les hyperchromies acquises une classe bien déterminée, le type en est fourni par la phthiriasé; qui peut déterminer des mélanodermies généralisées d'une teinte foncée presque noire.

L'observation que nous rapportons concerne une femme offrant cet état particulier de la peau, que l'on remarque parfois chez les individus sans domicile et qui sont atteints de phthiriasé très développée, état caractérisé par des altérations pigmentaires des téguments, ne respectant même pas les ongles et les muqueuses. Le cas que nous présentons aujourd'hui à la Société de Dermatologie a un intérêt particulier à cause de l'intensité des troubles observés.

La malade, T..., Agée de 66 ans, de nationalité polonaise, est entrée à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Dieulafoy, le 16 novembre 1905. A son arrivée à l'hôpital, elle était dans un tel état de malpropreté qu'on dut lui faire subir un nettoyage complet au savon noir; les cheveux, pleins de parasites et de croûtes, étaient tellement entre-

mêlés, qu'on dut raser le cuir chevelu ; les vêtements en loques, couverts de poux, durent être brûlés.

L'examen de la malade est assez difficile ; ses facultés intellectuelles semblent notablement affaiblies, et bien qu'elle soit en France depuis près de 40 ans, elle s'exprime assez difficilement. C'est cette misère physiologique et l'état de dépression intellectuelle et morale dans lequel elle se trouve, qui ont décidé cette femme à entrer à l'hôpital.

Ce qui frappe tout d'abord, à l'examen, c'est la coloration anormale des téguments, presque généralisée, mais non uniformément, à la surface du corps. La pigmentation est surtout marquée au niveau du tronc où elle est brun foncé et à la région cervicale où elle est presque complètement noire, contrastant avec la coloration du visage, relativement pâle ; les membres supérieurs sont assez pigmentés ; les membres inférieurs le sont beaucoup moins, sauf au niveau des plis de flexion et de la face interne des cuisses. Cette coloration serait apparue, au dire de la malade, il y a six à sept mois ; la précision du début de ces accidents est d'ailleurs difficile à établir, car cette femme passait ses nuits dehors et ne veillait vraisemblablement que fort peu sur l'intégrité de ses téguments, à en juger par la misère physiologique dont elle était atteinte à son entrée à l'hôpital.

L'étude plus attentive de la peau montre qu'elle est sèche, épaissie par endroits, légèrement fendillée, comme parcheminée ; on remarque de plus, dans le dos, une multitude de lésions de grattage, les unes récentes, les autres relativement anciennes, cicatrisées. Les ongles sont aussi le siège de pigmentation. D'une façon générale, sauf à la face, à peu près indemne, et où elle n'existe qu'en petits placards disséminés, près du cuir chevelu, la pigmentation, très marquée aux régions cervicale et thoracique, va en diminuant à mesure qu'on se rapproche des extrémités inférieures.

L'état général de la malade est débilité par les privations. Elle n'a pas de température. L'examen de l'appareil respiratoire et l'auscultation du cœur ne révèlent rien d'anormal ; on remarque un certain degré de sclérose artérielle. Le foie est normal, non douloureux ; il n'y a aucun signe d'insuffisance hépatique. L'appareil urinaire n'offre rien de particulier à signaler. La malade présente des troubles digestifs caractérisés surtout par de la diarrhée ; les mauvaises conditions de l'alimentation expliquent suffisamment les symptômes observés.

Dans les antécédents héréditaires ou personnels, on ne note rien qui mérite d'être mentionné. On ne relève ni syphilis, ni alcoolisme.

L'intégrité des fonctions hépatiques, l'examen des urines permettent d'éliminer la possibilité d'un ictère ou d'un trouble du côté de la glande hépatique. Il ne s'agit pas non plus de diabète bronzé : il n'y a aucun symptôme de cette affection et le sucre fait absolument défaut dans les urines.

L'hyperchromie congénitale ou la possibilité d'une mélanodermie consécutive à des applications irritantes ou à l'ingestion de certaines substances, comme l'arsenic, doivent également être rejetées.

Nous restons donc en présence de deux hypothèses : la maladie d'Addison et la mélanodermie parasitaire ou maladie des vagabonds.

Si nous cherchons les signes de la maladie d'Addison autres que la mélanodermie, nous voyons qu'ils font défaut : la malade présente bien un cer-

alors de l'hôpital, où elle vint se faire panser les jours suivants; mais, une semaine après, l'eschare tombait, et l'ulcération reprenait les caractères qu'elle avait au début, avec ses bords taillés à pic, limitant un fond rouge vif, suintant. Elle se fit alors soigner dans son quartier, à Lariboisière, où on obtint encore le même résultat, c'est-à-dire la formation d'une nouvelle eschare qui tomba au bout de peu de jours.

Rentrée chez M. Championnière en septembre 1903, elle y resta un mois et demi; une fois de plus, il se forma une eschare qui tomba encore; la malade fut alors envoyée, de la consultation de chirurgie, par M. Marion, dans le service de M. Dieulafoy, où elle entra le 6 novembre 1903.

Lorsqu'on étudie attentivement les caractères de cette ulcération, on voit qu'elle siège à la partie interne du sein droit, en dedans et un peu au-dessus du mamelon; elle a les dimensions d'une pièce de dix sous; elle est régulière, presque circulaire, légèrement ovulaire.

Elle est entourée d'une zone inflammatoire rouge, de la grandeur d'une pièce de cinq francs environ. Les bords de l'ulcération sont taillés à pic, comme à l'emporte-pièce; si l'on examine le fond, on constate la présence d'une eschare noire, sèche, peu épaisse, qui en occupe presque tout l'étendue, sauf en un petit point limité à la partie supérieure, où on remarque une petite portion de tissu, suintant et jaunâtre. Dans le cercle rouge périphérique, un examen attentif révèle la présence de deux ou trois petites saillies, siège d'une desquamation épidermique, et que la malade nous dit être les cicatrices d'autres ulcérations plus petites qui sernient apparues au moment où la grande ulcération se cicatrisait.

La palpation de la zone enflammée, au pourtour de la plaie, montre une induration légère, d'apparence œdémateuse; plus profondément, on sent le tissu glandulaire, normal, analogue à celui de la mamelle opposée; cette exploration est assez douloureuse. Les ganglions lymphatiques voisins des régions axillaire et sus-claviculaire ne sont pas perceptibles; ils ne sont donc pas influencés par ces lésions de voisinage.

Notons enfin la douleur très vive, lancinante, irradiant vers l'aisselle, qui accompagne la formation de l'eschare et tend à disparaître lorsque la plaie se cicatrise.

La malade présente un excellent état général; le cœur et le poumon sont indemnes; les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

La malade est bien réglée; elle n'a jamais eu d'enfant et n'a jamais fait de fausses couches.

Nous devons toutefois noter qu'elle est très nerveuse. Il y a quatre mois, dans le service de M. Championnière, à l'occasion d'une contrariété, elle eut une crise nerveuse qui dura quelques heures, pendant lesquelles elle se débattit et perdit connaissance, mais qui ne fut pas accompagnée de morsure de la langue ou d'émission involontaire des urines. Elle raconte d'autre part que, quatre ans auparavant, elle est restée sept jours en léthargie.

Il n'existe pas de zone d'anesthésie ou d'hypoesthésie; il n'y a pas de rétrécissement du champ visuel; d'ailleurs, l'examen des réflexes tendineux et pharyngien montre qu'ils sont normaux.

Enfin, on n'observe aucun stigmate de spécificité ou de bacillose.

La présence de l'eschare permet d'éliminer l'hypothèse d'une gomme

bacillaire ou spécifique. On ne remarque pas d'autre part le piédestal induré et l'inflammation ganglionnaire qui accompagnent l'épithélioma.

S'agit-il d'une plaie entretenue par des grattages ou l'application intempestive de caustiques, peut-être dans un but de mutilation volontaire chez une névropathe ? Nous ne le pensons pas.

Une surveillance attentive et surtout l'application, pendant plusieurs jours, d'un pansement isolant la plaie, et la mettant à l'abri de tout attouchement, n'ont pas entraîné de modifications dans l'évolution des lésions. De plus, au cas où la lésion serait entretenue par un traumatisme quelconque, elle ne présenterait vraisemblablement pas des bords aussi nettement circulaires, taillés à pic.

Nous avons primitivement appliqué sur la plaie des pansements humides à l'eau oxygénée étendue, puis à l'eau bouillie ; n'obtenant pas de résultat favorable, nous nous sommes bornés à faire de simples pansements secs à la gaze stérilisée, nous abstenant d'employer tout antiseptique ; lorsque la douleur était trop vive, au moment de la formation de l'eschare, nous avons usé de la vaseline cocaïnée. En même temps, nous avons fait des injections sous-cutanées de cacodylate de soude. Quel que soit le traitement employé, on observe peu de variations dans l'évolution des lésions : lorsque la plaie est sur le point de se cicatriser, des douleurs très vives apparaissent, les téguments se détergent, l'eschare se forme, croît progressivement, puis s'élimine peu à peu pour faire place de nouveau à un tissu de réparation. Le cycle dure six semaines environ.

En somme, nous pensons que nous avons affaire à une lésion trophique cutanée, comparable, dans une certaine mesure, à l'ulcère rond, observé au niveau des voies digestives, et à la pathogénie de laquelle les troubles névropathiques observés ne sont peut-être pas étrangers.

M. DARIER. — Des ulcérations de cet ordre ont quelque chose de trop artificiel pour ne pas être de pathogénie très suspecte. A-t-on recherché la simulation ?

M. LE PLAY. — Malgré une surveillance soutenue, jamais la malade n'a pu être surprise en flagrant délit de supercherie, mais c'est une névropathe qui a eu des crises nerveuses convulsives et même de la catalepsie.

M. DÉHU. — La question intéressante est de savoir si ces gangrènes dites hystériques sont toujours dues à la supercherie, ou si elles peuvent être spontanées. On a indiqué comme indices d'une lésion artificielle, la forme irrégulière de la plaie, les « coulures », ou les petits foyers satellites qui se produisent quand les malades provoquent elles-mêmes les lésions au moyen d'un caustique liquide, ce qui est le plus fréquent. Ici, rien de pareil. La plaie est parfaitement régulière, de plus, elle est très douloureuse, car il n'y a pas d'anesthésie. Enfin, on a appliqué un pansement occlusif qui est resté huit jours en place ; quand on l'a levé, la plaie était dans le même état.

La supercherie ne semble donc pas probable.

M. DARIER. — Nous avons avec Thibierge étudié un cas étrange de ce

genre. La malade avait des bulles et des eschares sur un avant-bras. Nous lui fîmes un pansement cacheté. A partir de ce jour, les bulles et les eschares se produisirent à l'autre bras. Cette malade se servait d'allumettes pour escharifier sa peau et, malgré la douleur qu'elle éprouvait, elle continuait à simuler.

M. LE PLAY. — Les ulcérations de notre malade sont douloureuses.

M. FOURNIER. — L'ulcération pourrait, à la rigueur, appartenir à la syphilis tertiaire.

M. LE PLAY. — La malade n'a pas d'antécédents spécifiques.

M. FOURNIER. — Je me souviens avoir entendu Gilles de la Tourette affirmer que chez certaines de ces malades, le pansement cacheté le mieux fait n'empêchait pas la formation des bulles.

M. DÉHU. — Étant donnée l'analogie de ces gangrènes hystériques avec les trophonévroses qu'on observe dans certains cas de syringomyélie ou de névrite, on peut se demander si les simples troubles dynamiques chez les névropathes ne peuvent pas jouer le même rôle que les lésions organiques et déterminer dans un territoire limité une ischémie intense et persistante, avec ou sans urticaire, et capable d'aboutir à la nécrose.

M. LENGLET. — Il y a une telle différence entre l'influence dynamique du système nerveux et l'action dystrophique qu'exercent des nerfs atteints de dégénérescence névritique qu'il ne faut pas comparer ces deux phénomènes et qu'il convient d'attendre des preuves plus rigoureuses de l'existence des gangrènes hystériques avant d'en admettre sans restriction la possibilité.

Auto-inoculation de chancre syphilitique.

Par M. QUEYRAT.

Le malade que voici est — pour moi du moins — un exemple d'auto-inoculation de chancre syphilitique.

C'est un garçon boucher, âgé de 25 ans, qui est entré dans mon service, à l'hôpital Cochin-Annexe, le 15 décembre dernier, porteur de deux chancres syphilitiques des plus nets : l'un sur le limbe, à droite, datant de 15 jours, l'autre sur le gland, celui-ci de 8 jours.

Ils sont actuellement, comme vous pouvez le constater, en voie de cicatrisation, mais encore très indurés. Il existait une adénite inguinale bilatérale en pléiade ; — il n'y avait pas d'adénite axillaire. Aucun traitement, ni local, ni général.

Le 15 décembre, avec le raclage du chancre de 8 jours (où j'ai constaté, par la solution de Giemsa, la présence du spirochète de Schaudinn), je fais au malade deux auto-inoculations à la région deltoïdienne gauche, tandis qu'à la région deltoïdienne droite je fais deux traumatismes témoins à l'aide d'un vaccinostyle simplement flambé.

Rien de particulier jusqu'au 27 décembre (13^e jour après l'inoculation).





A ce moment, aux deux points d'auto-inoculation de suc chancreux, apparaissent deux petites macules d'un rose sombre. Rien au niveau des traumatismes témoins.

Les jours suivants, les macules s'élargissent et deviennent papuleuses, puis de véritables papules lenticulaires dont le relief est très appréciable à la vue et au toucher : leur base est infiltrée.

Le 4 janvier, apparaît une petite couronne squameuse et je constate, ce même jour, qu'au sommet de l'aisselle gauche deux ganglions sont augmentés de volume.

Depuis, les papules se sont encore un peu surélevées et les ganglions se sont légèrement hypertrophiés.

Aujourd'hui — 11 janvier — il n'existe aucun accident secondaire, aucune syphilide ni maculeuse, ni papuleuse. Les traumatismes témoins se montrent sous forme d'une petite cicatrice noirâtre, et c'est tout.

Les lésions que j'ai provoquées sur le bras gauche de ce malade sont absolument similaires de celles que j'ai produites expérimentalement chez d'autres sujets syphilitiques que j'ai présentés à la Société médicale des hôpitaux (1) et dont voici un beau spécimen moulé par M. Jumelin (2). Ces résultats d'auto-inoculation s'obtiennent dans des conditions bien déterminées, savoir :

1° Il faut que le chancre syphilitique, point de départ de l'auto-inoculation, soit *jeune*.

Sur 19 cas d'auto-inoculation que j'ai pu suivre, 10 résultats ont été positifs — plus ou moins accusés — avec des chancres de 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 et 11 jours.

Après le 11^e jour toutes mes tentatives d'auto-inoculation, au nombre de sept, sont restées sans résultat (chancres de 12, 13, 17, 21, 30 jours).

Il ne me serait pas possible d'affirmer que le 11^e jour est la limite de l'auto-inoculabilité : je me borne à enregistrer les faits tels que je les ai constatés.

2° Pour réussir l'auto-inoculation, il faut que le chancre *n'ait pas été traité localement*. Deux tentatives que j'ai faites avec des chancres de 6 et de 8 jours, dont la premier avait été traité par de la pommade au calomel, le second par le vin aromatique, sont restées infructueuses. Ce résultat négatif s'explique par ce fait que nous avons signalé tout les premiers, M. Joltrain et moi (3) et qui a, depuis, été confirmé par d'autres chercheurs, en particulier M. Bodin,

(1) QUEYRAT. *Société médicale des hôpitaux*, 1904 et 1905. Voir également QUENTIN (th., Paris, 1905), et SABAREAU (th., Paris 1905).

(2) Voir ci-joint la reproduction de cette pièce qui a été choisie parce qu'elle reproduit sur la même région et le résultat des auto-inoculations chancreuses et le résultat des traumatismes témoins (Planche I).

(3) QUEYRAT et JOLTRAIN. *Soc. médicale des hôpitaux*, juin 1905.

à savoir que les spirochètes de Schaudinn ne s'observent plus à la surface des chancres, localement traitée.

3° Il faut se contenter de faire, aux points où vont être pratiquées les inoculations, un savonnage à l'eau chaude et ne pas employer d'antiseptiques (sublimé, etc.) car on risquerait de stériliser la matière inoculée. Pour la même raison, après avoir flambé le vaccino-style, ne pas le porter sur la surface du chancre, alors qu'il est encore chaud.

4° Quant au traitement interne, mercuriel, il m'a paru atténuer les lésions d'auto-inoculation et les rendre moins nettes.

Ces faits soulèvent la question, fort intéressante, du moment où l'organisme se trouve immunisé contre le virus syphilitique.

Je défends cette opinion, basée sur des preuves cliniques et expérimentales, que l'immunisation syphilitique, chez l'homme, est progressive, à terme assez éloigné et que dans les 10 premiers jours qui suivent l'apparition du chancre l'auto-inoculation de ce chancre donne encore des résultats positifs. Le malade que je présente me semble une preuve nouvelle en faveur de cette doctrine.

M. ALEX RENAULT. — Je ne puis vraiment admettre qu'il soit question de chancres syphilitiques. Les lésions, qu'a obtenues M. Queyrat, ressemblent morphologiquement, trait pour trait, à des papules secondaires. En outre celles-ci sont absolument souples de base et manquent par conséquent du principal caractère de l'accident primitif : l'induration.

Je suis tenté de croire au contraire que chez le malade de M. Queyrat, il s'agit d'accidents secondaires provoqués avant les délais habituels, par l'inoculation *in situ* du pus très virulent du chancre syphilitique.

M. BARTHÉLEMY. — Les faits expérimentaux que met sous nos yeux notre collègue M. Queyrat sont importants au point de vue doctrinal et je retiens ce qu'il vient de dire qu'il n'y a de résultat positif que si l'on prend pour pratiquer l'autoinoculation de la sérosité sur un chancre syphilitique n'ayant pas dépassé douze jours. Ces chancres expérimentaux du bras sont si peu développés, si peu indurés, qu'on croirait plutôt à de simples syphilides secondaires papulo-squameuses. Si on ne connaissait pas leur intéressante histoire, il ne viendrait à l'idée d'aucun clinicien de considérer ces lésions comme des chancres syphilitiques et l'on dirait que ce sont, ou de simples pustules de fausse inoculation — comme toute pustule pyodermique ou l'herpès peut en donner — ou que ce sont de simples papules dont l'inoculation a hâté la venue. Les ganglions mêmes sont minimes.

Il faut faire effort (et je fais volontiers cet effort) pour admettre que ce sont là des chancres expérimentaux développés sur un terrain déjà envahi par le virus ; ces chancres sont remarquablement atténués et c'est avec le virus des chancres ainsi atténués qu'on pourrait peut-être avoir sur le singe des résultats intéressants. Quoi qu'il en soit, ces chancres expérimentaux sont tout à fait différents de ceux que nous montrait en 1884 au Congrès

de Copenhague le Dr Pontoppidan. Les chancres obtenus par les auto-inoculations de ce médecin étaient bien plus typiques, bien plus caractéristiques, étendus, durs, lisses et avaient des caractères tout à fait typiques. Je crois que l'un d'eux datait du quinzième jour. Tous siégeaient dans la région sous-ombilicale. Pour ce qui est de la région, on voit que les chancres du bras, dus à des accidents de vaccine, sont parfois vastes, très durs, ulcéreux et non atténués.

Pour ce qui est de la vaccine, il y a sans doute des pustules de vaccine graduellement atténuées, il y a aussi des pustules de fausse inoculation de pyodermites dont il faut tenir compte. Toutefois j'admets, ces réserves faites, que les chancres syphilitiques sont ici atténués comme sont parfois les vaccins et que ce sont bien des chancres syphilitiques qui nous sont présentés ; c'est ce que je trouve intéressant, car je n'aurais pu, sans leur histoire, les reconnaître.

M. QUEYRAT. — Je répondrai à M. Renault que j'ai prévu son objection et que c'est pour cela qu'après avoir fait les auto-inoculations, j'ai pratiqué, parallèlement, des traumatismes témoins avec un vaccinostyle simplement flambé.

Si l'argument de M. Renault était exact, je devrais avoir également au niveau de ces traumatismes des papules ; or il n'en est rien, et c'est là seulement où j'ai introduit du suc chancreux — ou, pour mieux dire, des spirochètes — que j'ai obtenu les lésions que vous voyez.

En ce qui concerne la nature de ces lésions, j'incline à croire qu'il s'agit d'accidents primitifs, mais modifiés parce qu'ils ont évolué sur un organisme en voie d'immunisation ; ce sont des chancres que j'appellerai *avortés* : ils ressemblent d'une façon frappante aux derniers venus de certains chancres successifs. On peut également les comparer au chancre initial du *macaque bonnet-chinois* (*macacus sinicus*).

Chez le macaque, parce qu'il a une immunisation naturelle relative contre la syphilis, chez le porteur de chancre syphilitique, parce qu'il est en voie d'immunisation acquise, l'inoculation de virus syphilitique ne peut produire qu'un accident initial peu accusé, de là cet aspect *avorté* du syphilome d'inoculation dans les cas en question.

Il est facile d'ailleurs de trouver des analogies dans la pathologie expérimentale humaine : la plus facile à constater est celle que nous fournit la vaccine. Il a été établi par de nombreuses expériences que l'immunité vaccinale n'est complète que le dixième jour. Les revaccinations prennent jusqu'au cinquième jour, déjà moins le sixième, encore moins le septième et le huitième ; le neuvième jour, les succès sont la règle. Mais, d'autre part, au fur et à mesure qu'on s'éloigne du jour de la vaccination initiale, on voit les pustules surnuméraires de plus en plus modifiées dans leur aspect et dans leur évolution. Ce ne sont finalement que des petites papules avec croûtelles qui disparaissent rapidement.

M. DARIER. — Les conditions de développement de ces lésions d'inoculation sont, en effet, très voisines de celles qui caractérisent la période secondaire. Le spirochète a été apporté par la lancette, comme il l'est ordinairement par la voie sanguine, dans un tissu déjà immunisé partiellement.

D'ailleurs, il n'y a qu'une différence de degré et non de nature entre les lésions du chancre et celles des accidents secondaires.

M. FOURNIER. — Ricord, qui a fait beaucoup d'expériences d'inoculation du chancre, appelait ces lésions des pseudo-papules d'inoculation. Il n'y a pas là auto-inoculation, ces accidents n'ont rien du chancre : ce sont des lésions banales que produirait l'infection par un produit quelconque, voire même avec de simple poussière. D'ailleurs, en bon français le mot auto-inoculation signifie reproduction absolue, chez le même individu, d'un accident caractéristique.

M. QUEYRAT. — Si un produit quelconque peut provoquer des lésions de ce genre, comment expliquer alors que l'inoculation du pus blennorrhagique ainsi que je l'ai tenté, ne donne aucun résultat ? Comment expliquer que le suc d'un chancre de plus de 11 jours ne produise rien ? Quant à la reproduction absolue de l'accident primitif, elle paraît difficile, sinon impossible à obtenir, parce qu'encore une fois on fait une auto-inoculation sur un sujet, à la limite de l'immunisation.

M. LENGLET. — Le sens que M. Fournier donne au mot auto-inoculation, exact en clinique, peut être autrement compris en bactériologie : il signifie alors inoculation au porteur avec pullulation du microbe pathogène. Dans le cas de la syphilis, la réinoculation se fait et la différence constatée entre la lésion qui en résulte et le chancre n'est que la conséquence de l'immunisation partielle ; à l'heure où paraît l'accident de réinoculation, l'organisme est à une époque proche de celle où il produira la roséole et les papules, et le spirochète inoculé, comme celui qui est charrié par le sang, tend à produire l'accident que permet seul l'état d'immunisation relative du sujet. Il est probable que M. Queyrat pourra déceler le spirochète dans la lésion d'auto-inoculation.

M. SABOURAUD. — Au point de vue histologique, il serait facile de savoir si l'accident ainsi produit a la structure du chancre.

M. QUEYRAT. — Il est bien entendu que je vais faire chez mon malade la biopsie de ces lésions d'auto-inoculation et que l'examen microbiologique et histologique en sera pratiqué ; j'en communiquerai les résultats qui ne peuvent manquer d'être intéressants, soit à un point de vue, soit à un autre. En ce qui concerne la dénomination à attribuer aux lésions produites, je tiens plus au résultat obtenu qu'au mot et puisque celui de chancre soulève des objections, j'y substituerai bien volontiers — jusqu'à plus ample informé — celui très général de *lésions* ou de *sphilomes* d'auto-inoculation.

Chéloïdes des muqueuses.

Par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.

Les chéloïdes des muqueuses doivent être d'une grande rareté, car les livres classiques ne les signalent pas.

Sur cet homme atteint déjà de chéloïdes multiples cutanées, nous en avons vu naître une à la face interne de la lèvre inférieure, donc en pleine

muqueuse et non en demi-muqueuse. Elle a succédé à une ulcération (peut-être syphilitique) infectée par l'association *fuso-spirillaire de Vincent*, n'occupant que la partie inféro-interne, intrabuccale de la cicatrice qu'a laissée cette ulcération. L'ulcération était en pleine activité au moment de la première présentation du malade, elle tendait même au *phagédénisme*, qu'arrêta bientôt l'éther camphré. La cicatrisation lente se termina vers le 16 janvier. La cicatrice est irrégulière, entamant un peu le bord libre de la lèvre et se prolongeant à la face interne vers le sillon gingivo-labial. Du côté de la commissure, elle attire et fronce en plis parfois profonds la muqueuse de la face interne de la lèvre. A ce moment déjà, à la partie inféro-interne, la base n'était pas souple. Peu à peu, en quelques jours, l'induration a augmenté, dépassant même à ce niveau les bords de la cicatrice et le malade sent le soir le même picotement que dans les chéloïdes cutanées. La chéloïde ne s'est donc développée que sur une partie de la cicatrice. Elle est presque exactement circulaire, d'environ 20 millimètres de diamètre ; elle est blanc rosé, moins colorée que la muqueuse environnante ; saillante et aplatie, déprimée même au centre. Le bord brusquement exhaussé semble de coloration plus foncée. L'induration est discoïde.

Les caractères cliniques de cette chéloïde et des chéloïdes cutanées sont en tout semblables.

Elle a suivi de près la cicatrisation de l'ulcération, de même que les chéloïdes cutanées chez le même malade.

Il est à remarquer que ce malade, atteint de chéloïdes multiples développées très inégalement sur certaines cicatrices de syphilis maligne précoce, ayant été épargné par sa syphilis ulcéreuse depuis de longs mois (déc. 1904 à déc. 1905), n'avait plus eu de chéloïde. Il a suffi qu'il refasse une ulcération pour qu'elle devint chéloïdienne. C'est donc que la cause de ces formations chéloïdiennes, que nous croyons infectieuse (et en certains cas au moins tuberculeuse), *persiste*.

D'accord avec Fournier et Lefranc, nous ne croyons pas ces chéloïdes d'origine syphilitique, car elles ne sont *pas influencées par le traitement*. Nous rappelons que les chéloïdes cutanées de ce malade s'étaient développées, malgré un traitement suivi. La chéloïde des muqueuses est née *malgré le traitement* institué ici. Entré le 25 novembre, il a été soumis, après quelques piqûres de biiodure, à une première série de 20 frictions mercurielles (1^{re} au 20 décembre) et, après un arrêt de 15 jours, à une deuxième série de 10 frictions qu'on arrêta devant la complication d'une stomatite naissante. Depuis le début de janvier, il a pris, en outre, à doses croissantes, 6 grammes d'iodure par jour.

Spina ventosa syphilitique.

Par MM. GAUCHER et SABATIER.

Nous avons eu l'honneur de présenter, l'année dernière, à la Société de Dermatologie, un malade atteint de lésions cutanées et osseuses

multiples, parmi lesquelles quelques-unes reproduisaient aux doigts l'aspect typique du spina ventosa tuberculeux. Ce malade, qui pendant sept ans avait été considéré en effet comme bacillaire, était hérédosyphilitique et a guéri entièrement par le traitement mixte. — Nous avons, à cette occasion, insisté sur la ressemblance si grande que présentent souvent les lésions osseuses de la syphilis héréditaire avec celles de la tuberculose.

L'observation, que nous relatons aujourd'hui, concerne une lésion analogue, mais survenue au cours d'une syphilis acquise.

M^{me} D., 27 ans, est atteinte d'une syphilis ignorée mais certainement acquise, car d'une part nous ne trouvons aucun stigmate héréditaire et d'autre part les seuls antécédents spécifiques que nous relevons chez elle datent de son mariage et sont : il y a 3 ans, la naissance d'un enfant né à 8 mois, mort à six semaines ; et, un an après, une fausse couche de 3 mois et demi. Depuis, elle a eu un enfant, âgé de 15 mois aujourd'hui, bien portant, mais que nous n'avons pu examiner.

Depuis un an, elle porte à la face postérieure des deux coudes — et depuis huit mois sur la face dorsale du médius de la main gauche et à la région interdigitale de l'annulaire et de l'auriculaire de la main droite — des lésions qui sont des syphilides ulcéreuses typiques.

Depuis cinq mois, elle présente un gonflement de l'index de la main droite. Ce gonflement porte surtout sur la première phalange qui est énorme et presque doublée de volume ; il diminue progressivement sur la deuxième phalange, le doigt ayant dans son ensemble un aspect fusiforme. A ce niveau, la peau est intacte et glisse sur la tuméfaction profonde, lisse, régulière, très dure et manifestement osseuse. Cette lésion est très douloureuse.

Nous avons vu cette malade pour la première fois le 6 janvier 1906 et nous l'avons soumise au traitement par des injections de benzoate, 2 centigrammes par jour ; et 2 grammes d'iodure de potassium.

Aujourd'hui, après 24 jours de traitement, nous constatons que les syphilides ulcéreuses sont entièrement cicatrisées et que le gonflement de l'index a cessé d'être douloureux et a diminué de moitié. Le traitement sera continué jusqu'à la guérison.

Nouvel appareil protecteur localisateur pour radiothérapie, assurant la protection du médecin et du malade, nouveaux tissus protecteurs.

Par M. J. BÉLOT.

Les rayons de Röntgen sont, comme l'a dit Bécélère, une arme à deux tranchants. Méthodiquement appliqués à la thérapeutique et au diagnostic, ils peuvent rendre les plus grands services, mais ils sont capables, s'ils sont maniés par un opérateur inexpérimenté, de produire les accidents les plus graves. Ceux-ci, grâce aux instru-

ments de mesure, deviennent de plus en plus rares, et tout nous fait espérer qu'ils n'auront bientôt plus qu'un intérêt historique.

Mais à côté des radiodermites des opérés, il existe celle des opérateurs : il me semble que jusqu'à présent, on n'a pas assez insisté sur la réalité et la gravité des lésions que peuvent déterminer les rayons de Röntgen chez le médecin qui les manie journellement. Par suite, en France du moins, les dispositifs de protection sont assez rares, et, pour la plupart, très inconfortables. Il faut reconnaître que, sur ce point, nous sommes bien inférieurs à l'étranger. Sans parler de la fameuse cabine blindée qu'utilise Albers Schönberg, il existe toute une série de dispositifs de protection, consistant en écrans, tissus, costumes, casques, lunettes, etc., etc., dont on a pu voir des spécimens plus ou moins heureux au Röntgen-Kongress de Berlin (1903).

Quelques praticiens étrangers, émus à juste titre d'accidents mortels survenus chez quelques-uns de leurs confrères, ont adopté un appareillage, disposé de telle façon qu'ils peuvent commander leurs instruments à grande distance, retirés derrière un paravent en plomb, ou en verre plombique.

Dès les premiers essais que je fis à Broca, dans le service de M. le Dr Brocq, j'avais cherché à réaliser un dispositif assurant la protection du médecin. En même temps, je m'étais efforcé de lui faire atteindre un autre but.

On sait, en effet, que dans beaucoup de cas, on n'utilise qu'une faible partie du rayonnement émis par une ampoule. Le reste du faisceau est non seulement inutile, mais il faut soustraire les tissus sains à l'action de ces rayons que l'on peut appeler parasites.

A cet effet, on utilise des feuilles de plomb, convenablement découpées et mises au contact de la peau du malade. Ce procédé exige toute une série de lames protectrices ; en plus, par suite de leur poids et de leur aspect, les feuilles de plomb, même recouvertes de caoutchouc, sont mal acceptées par les malades : ceux-ci leur reprochent d'être lourdes et gênantes.

Aussi, avais-je fait construire, par le menuisier de l'hôpital Broca, des boîtes en bois, dans lesquelles j'enfermais mon ampoule. Deux orifices avaient été ménagés, l'un pour la sortie de l'osmo-régulateur, l'autre pour celle du faisceau utilisé. Pour arrêter toutes les radiations inutilisées, j'avais recouvert la boîte avec une feuille de plomb convenablement découpée.

J'avais constitué là, ce que l'on a appelé un localisateur ; on en a construit depuis un certain nombre de modèles.

Malheureusement, la plupart sont loin d'être parfaits. Le plus souvent, ils sont lourds et difficilement mobilisables.

Quelques-uns, plus réduits, ne permettent l'emploi que d'un certain modèle d'ampoule, ce qui constitue un sérieux inconvénient.

Enfin, presque tous les modèles existants, à moins qu'ils présentent de très grandes dimensions, détériorent rapidement les ampoules, par suite de phénomènes de condensation encore mal définis.

L'an dernier, j'avais fait construire par la maison Gaiffe un localisateur consistant en une boîte d'ébonite recouverte de plomb et épousant la forme de l'ampoule Chabaud. Cet appareil influençait peu les tubes faiblement résistants, mais n'était plus utilisable lorsqu'on désirait obtenir des rayons pénétrants; rapidement le tube oscillait, et fonctionnait irrégulièrement.

Après avoir recherché les causes de ce mauvais fonctionnement, nous sommes arrivés à établir un nouveau modèle, qui ne présente pas les défauts des appareils similaires.

Le choix, comme matière première, d'une substance à la fois opaque aux rayons X et complètement isolante, a permis d'éviter les inconvénients inhérents aux localisateurs métalliques. Dans ces derniers, les tubes arrivent d'une façon plus ou moins rapide, suivant les dimensions de l'appareil, à devenir instables et à durcir d'une façon anormale. *La suppression du métal a complètement évité la formation de champs électrostatiques entre le tube et son enveloppe, aussi l'ampoule peut-elle fonctionner normalement.*

Étant construit en matière isolante, le localisateur assure de ce fait la protection du patient contre les étincelles de la source à haute tension. Sa rigidité met le tube à l'abri des chocs, et sa disposition est telle qu'il permet d'utiliser facilement les régulateurs ordinaires de ces tubes et même de flamber l'ampoule si le besoin s'en fait sentir.

L'ensemble de l'appareil est constitué :

- 1° Par le localisateur lui-même;
- 2° Par les accessoires, comprenant : un pied support articulé et une boîte gainée destinée à contenir les ajutages.

Le protecteur en lui-même comprend plusieurs parties :

- 1° La calotte opaque aux rayons X;
- 2° La pince porte-ampoule fixée sur un double chariot;
- 3° Le centreur;
- 4° Les ajutages (1-5);
- 5° Le porte-pastille.

La calotte, de forme hémisphérique, opaque aux rayons X, présente deux orifices, l'un pour l'observation du tube et la fixation d'un porte-pastille radiométrique (Sabouraud-Noiré ou autre), l'autre livrant passage au faisceau utilisé et servant à mettre en place les divers ajutages. Elle est suffisamment grande pour contenir tous les tubes courants ayant un diamètre inférieur à 165 millimètres, quels que soient leur forme et leur genre de régulateur :

C'est ainsi que l'on peut utiliser à volonté soit une ampoule Chabaud soit un tube Müller.

Il résulte des expériences que j'ai faites avec M. Gaiffe, que l'opacité de ce protecteur est telle qu'il lui-même à peine passer 1 à 2 p. 100 des radiations (rayons 6 à 7 Benoist). C'est là une opacité, sinon supérieure, du moins égale à celle des localisateurs existants.

La pince en bois qui porte l'ampoule est à deux filets de sens inverse. Elle peut servir à la fixation de tous les tubes ordinaires, quelle que soit leur forme et, grâce à ces deux filets, l'axe du tube se trouve toujours dans le plan passant par l'axe principal de symétrie du localisateur.

Comme, par construction, l'anticathode des ampoules se trouve sur l'axe du tube, il ne reste plus qu'à déplacer cette anticathode dans ce plan (grâce à l'ingénieux système de chariotage sur lequel est fixée la pince), de façon à lui permettre d'être toujours au point de rencontre de l'axe principal de symétrie du localisateur et de l'axe des ajutages.

Cette opération s'effectue en manœuvrant deux petits volants qui commandent les vis du chariot : celles-ci sont à quatre filets parallèles, dispositif qui rend très facile et très rapide le déplacement du tube.

Le centreur sert à placer l'ampoule dans la position convenable ; il se compose d'un tube à l'intérieur duquel on a fixé deux réticules métalliques qui projettent leur ombre sur un écran au platino-cyanure de baryum fixé dans le viseur.

Cet appareil se place sur l'orifice d'utilisation, et il suffit, en déplaçant le tube à l'aide du chariot, d'amener les ombres des réticules à se superposer, pour que, en remplaçant le centreur par les ajutages, ces derniers soient centrés par construction.

Les ajutages sont tous constitués par une pièce de la même substance que la calotte, se fixant exactement, par un simple ajustement à baïonnette, dans l'orifice du localisateur. Des tubes de cristal de diverses dimensions, opaque aux rayons X comme on le sait, sont scellés dans ces pièces. Ils permettent ainsi l'observation de la partie traitée.

Un diaphragme ajusté limite exactement le faisceau de rayons à un cône ayant pour base l'extrémité des tubes de cristal ; de cette façon les rayons ne frappent pas la paroi interne des tubes, et la production des rayons secondaires se trouve en partie supprimée.

De plus, le rapport entre le diamètre des ajutages et la distance du patient à l'anticathode est tel que le rayonnement est sensiblement uniforme sur les différents points de la surface irradiée. Ces tubes ont été construits en tenant compte des lois sur lesquelles j'ai précédemment insisté (1). La longueur des ajutages est gravée sur chacun d'eux : elle varie de 15 à 22 centimètres. D'ailleurs il

(1) *Archiv. d'électr. méd.*. Le facteur distance en radiothérapie (Belot).

est possible, dans chaque cas particulier, de leur donner des dimensions spéciales. On peut ainsi atteindre facilement certaines lésions situées dans les cavités.

Le porte-radiomètre est destiné à supporter le réactif de l'appareil Sabouraud-Noiré(1). Il se compose d'une pièce d'ébonite de forme cylindrique qui présente sur une de ses bases un logement dans lequel la pastille peut entrer à force. Une petite rondelle de papier noir aiguille, fixé dans un petit bouchon d'ébonite, recouvre le réactif et le protège de l'action de la lumière. Sur le porte-pastille est gravée une graduation en centimètres indiquant la distance entre la pastille et l'anticathode : l'ensemble coulisse à frottement doux dans une pièce fixée sur l'orifice du protecteur. Un poussoir sert à expulser la pastille lorsque cette dernière a atteint la coloration désirée.

On peut de même utiliser tout autre réactif : il suffit de modifier le porte-pastille. La difficulté, l'impossibilité même de se procurer le chromoradiomètre de Holz knecht ont fait que je n'ai pas cru utile de joindre à l'appareil un autre porte-pastille, mais il sera facile de l'établir quand nous aurons à notre disposition un autre réactif, ce qui ne saurait tarder.

L'ensemble des ajutages, du porte-pastilles et du centreur est disposé à l'intérieur d'une boîte gainée, en noyer ciré, qui permet le transport facile de ces appareils accessoires. On peut également placer à l'intérieur de cette boîte le radiochromomètre de Benoist et un carnet de pastilles Sabouraud-Noiré.

Quant au protecteur lui-même, il est tenu par un pied-support permettant de le disposer commodément dans toutes les positions.

A cet effet on a utilisé comme articulation une double genouillère qu'il est possible d'immobiliser par un serrage unique. La mobilité permise par ce genre de pied-support et le peu d'encombrement de l'appareil rendent faciles les applications radiothérapiques sur les régions les plus difficilement accessibles. Ce localisateur peut, du reste être monté sur tel support qui paraîtra préférable, soit même sur les dispositifs à pont roulant.

Au besoin cet appareil peut servir pour la radiographie ou la radioscopie. Un diaphragme genre Iris se monte à la place des ajutages, et permet de faire varier l'étendue du champ éclairé, ce qui est de toute nécessité si l'on veut obtenir des images nettes.

A côté des affections où il y a intérêt à localiser l'action des rayons de Röntgen, il en est d'autres où il y a tout avantage à agir sur les tissus sains en apparence qui avoisinent la lésion. Dans ces cas, on utilisera l'appareil sans tube localisant : on agira ainsi sur une plus

(1) La pastille doit toujours être placée à la moitié de la distance qui existe entre la partie traitée et l'anticathode du tube. Cette distance est gravée sur chaque ajutage.

grande surface, et néanmoins les autres régions, ainsi du reste que l'opérateur, seront à l'abri des rayons parasites.

En résumé, ce nouveau modèle de localisateur assure la protection du malade et du médecin ; *il n'influence pas le fonctionnement des ampoules*, permet l'usage des principaux modèles courants et leur centrage automatique et absolu ; enfin il facilite l'utilisation des instruments de mesure.

*
**

Lorsqu'on ne possède pas de localisateur, on protège les tissus sains à l'aide de feuilles de plomb ou de métal. Ce système de protection est également nécessaire si, tout en se servant du localisateur, la forme de la lésion est telle qu'on ne peut utiliser les tubes présentant une telle irrégularité qu'il est impossible d'avoir recours aux tubes localisants, dont la section est nécessairement discoïde.

Les lames métalliques sont lourdes, peu agréables pour le patient ; elles n'épousent pas exactement la forme des régions malades, et enfin, même en les recouvrant de caoutchouc, elles sont difficiles à nettoyer.

Sur ma demande, la maison Gaiffe a bien voulu étudier des tissus de caoutchouc spécial, opaques aux rayons X, et néanmoins souples et d'un poids relativement peu élevé. Après de nombreux essais, nous avons pu réaliser une sorte d'étoffe qui présente tous les avantages du plomb et n'en a aucun des inconvénients.

Son imperméabilité aux rayons de Röntgen est considérable, puisqu'elle laisse passer moins de 3 p. 100 des radiations qui arrivent à sa surface (6-7 Benoist) : c'est dire que la protection obtenue est complète ; elle n'est pas plus efficace avec les feuilles de plomb minces généralement utilisées.

Une plaque 40×50 de ce caoutchouc pèse environ 900 grammes.

J'ai fait établir avec ce tissu des gants, tabliers et vêtements destinés à protéger les opérateurs, soit localement, soit complètement. Il est possible également de doubler certains vêtements (gilet, pantalon, corsage, tablier) avec cette étoffe et d'obtenir ainsi une protection certaine, sans tomber dans le ridicule des costumes complets utilisés en Allemagne.

Des plaques de ce caoutchouc, convenablement découpées, servent à protéger les tissus sains, en limitant le champ d'action de radiations : elles remplacent très avantageusement les lames de plomb, car elles n'ont pas, comme elles, l'inconvénient de se charger d'électricité et de produire une série de petites étincelles des plus désagréables, entre leurs bords et la peau du patient.

*
**

Je vous présente enfin un nouveau dispositif du radiochromomètre de Benoist, que j'ai fait construire pour mon usage personnel.

Les secteurs d'aluminium sont étalés sur un banc rectiligne fixe, et la lame d'argent montée sur un système à chariot, peut se déplacer parallèlement à l'échelle d'aluminium.

Un écran au platino-cyanure de baryum placé à l'intérieur de la bonnette (dont tout le dispositif forme le fond) permet d'observer les teintes.

Il suffit de faire glisser le chariot (portant la lame d'argent) le long de l'échelle d'aluminium, jusqu'à ce que les teintes données sur l'écran par chacun de ces deux métaux soient équivalentes. Un index marque le degré radiochromométrique.

Ce dispositif rend très facile et très rapide même en pleine lumière la mesure de la qualité des radiations utilisées.

M. SABOURAUD. — Dans l'emploi de la pastille tel que le pratique M. Belot, il existe une petite cause d'erreur. La teinte B n'est tout à fait exacte que quand on place la pastille sur une lame métallique.

M. BELOT. — L'objection de M. Sabouraud tombe de ce fait que la substance dont est composé mon localisateur est aussi opaque que le métal et doit se comporter comme lui. Du reste, le métal placé sous la pastille n'en modifie en rien le virage, ainsi que le prouve l'expérience; si une variation se produisait, elle ne serait due qu'aux rayons secondaires, ce qui fausserait le résultat.

Radiothérapie du lupus érythémateux fixe de la face.

Par MM. GASTOU et DECROSSAS.

Onze cas de lupus érythémateux fixe de la face, de siège variable (joues, menton, front, nez, oreille), ont été traités au laboratoire de la Clinique de la Faculté de médecine, dans le service de M. le professeur Gaucher.

Nous donnons l'observation résumée des malades et l'indication générale du traitement.

Dans les observations, la désignation *réaction légère* indique une réaction érythémato-squameuse ou pigmentaire; tandis que les mots *réaction intense* indiquent les réactions vésiculo-bulleuses exulcéreuses ou pseudo-membraneuses.

OBSERVATIONS. — OBS. I. — R..., 29 ans. — *Lupus érythémateux de la joue droite, datant de 3 ans.*

Traitement antérieur: pointes de feu et emplâtre de Vigo.

Traitement radiothérapique: commencé le 13 octobre 1905. — A fait 11 séances. — A chaque séance, la plaque a été prise en entier.

Octobre 1905 : 13, 20, 27. — Novembre 1905 : 3, 10, 17, 24. Réaction légère après 7 séances et 5 jours après la dernière.

Décembre 1905 : 1. Réaction intense 4 jours après. 15. Réaction nouvelle. — Janvier 1906 : 19, 26.

Placard très affaîssi, le bourrelet périphérique a disparu sauf en un point à la partie supérieure. Grande amélioration.

Obs. II. — M^{me} P..., 33 ans. — *Lupus érythémateux du nez, datant de 8 ans.*

Traitement antérieur : pointes de feu.

Traitement radiothérapique : commencé le 12 mai 1905. — A fait 20 séances. — Mai 1905 : 12, sur le nez. 18, sur le nez. Réaction sur le nez. 25, sur le nez. — Juin 1905 : 26, sur le nez. — Juillet 1905 : 3, sur le nez, 10 sur le nez. Réaction.

Août 1905 : 4, sur le nez. Réaction très intense. — Repos. — Novembre 1905 : 14, racine du nez. 18, aile gauche du nez. 25, dos du nez. 29, aile gauche.

Décembre 1905 : 1, dos du nez. Réaction légère à la base du nez, 16 jours après séance. 7, base du nez. Réaction légère en ce point 3 jours après. 11, aile gauche en bas. 16, aile gauche en bas. 21, aile gauche en bas. 27, aile gauche en bas. Réaction sur l'aile gauche et en bas. — Janvier 1906 : 9, aile gauche du nez. 18, aile gauche dans le sillon. 24, aile gauche dans le sillon.

Obs. III. — M^{me} B..., 32 ans. — *Lupus érythémateux du nez, des lèvres, de l'oreille gauche, datant de 6 ans.*

Traitement antérieur : scarifications, haute fréquence, radiothérapie (13 séances), électrolyse.

Traitement radiothérapique : commencé le 17 octobre 1905. — A fait 11 séances. — Octobre 1905 : 17, aile gauche du nez. 25, aile gauche du nez. Réaction, sur l'aile gauche surtout en haut.

Novembre 1905 : 15, aile gauche du nez. 21, aile droite du nez. Réaction légère sur tout le nez, 8 jours après, 1 séance. 28, oreille gauche.

Décembre 1905 : 5, aile gauche du nez. Réaction sur l'aile gauche 2 jours après, 1 séance. Réaction légère sur l'oreille gauche, 1 séance. 18, sur l'oreille gauche. Réaction continue surtout à gauche.

Janvier 1906 : 8, racine du nez. Réaction continue sur le nez, légère à l'oreille. 15, aile droite du nez. 22, bout du nez. 29, aile gauche à la racine du nez. Réaction légère sur l'aile droite et à la racine du nez.

Rougeur diffuse du nez avec placards de peau saine où la lésion a disparu.

Obs. IV. — M^{me} V..., 31 ans. — *Lupus érythémateux, datant de 11 ans.*

Traitement antérieur : scarifications et photothérapie.

Traitement radiothérapique : commencé le 29 août 1905. — A fait 35 séances.

Août 1905 : 29, joue gauche. 31, joue droite. — Septembre 1905 : 2, sur le nez. 9, région temporale droite. 12, région temporale gauche. 14, sur le front côté gauche. 21, sur le front. 23, sur le front côté droit. Réactions intenses sur certains points. 27, joue droite. 28, joue gauche. 30, oreille droite.

Octobre 1905 : 4, oreille gauche. 5, tempe droite. 12, front gauche. 19, joue droite. 21, tempe droite. Reactions intenses avec œdème.

Novembre 1906 : 7, joue droite. 9, joue droite. 11, joue gauche. 16, joue gauche. 21, front au-dessus de l'œil droit. Réaction intense en tous ces points. 23, front côté gauche. 28, oreille droite. Réactions intenses au front côté droit, les autres continuent. 30, joue gauche partie inférieure.

Décembre 1905 : 12, sous œil droit. Réaction 48 heures après sous œil droit, 1 séance. 16, joue gauche partie inférieure. Réaction joue gauche et en bas, 2 séances. 19, en avant oreille droite. 21, en avant oreille gauche. 23, au-dessus de l'œil droit. Réactions précédentes continuent.

Janvier 1906 : 2, front gauche. Réactions continuent. 9, sur le nez. 11, joue gauche près de la commissure des lèvres. 13, joue droite près de la commissure des lèvres. 17, les réactions sont à peu près guéries. 26, reprise du traitement.

Dans ce cas les réactions ont été très intenses mais très rapides comme évolution.

Obs. V. — M^{me} V..., 36 ans. — *Lupus érythémateux de la face, datant de 10 ans.*

Traitement antérieur : pommades, haute fréquence, radiothérapie (20 séances), électrolyse, photothérapie (5 séances).

Traitement radiothérapique : commencé le 9 décembre 1905. — A fait 12 séances. — Du 5 au 8 décembre, séances de photothérapie.

Décembre 1905 : 5, oreille droite. 6, en avant oreille gauche. Réaction légère sur l'oreille, 1 séance. 7, tempe gauche. 8, front angle externe de l'œil gauche. Réaction légère à l'oreille droite, en avant de l'oreille gauche, au front, 1 séance par région.

Décembre 1905 : 9, joue gauche près du nez. Réaction 48 heures après, 1 séance. 13, joue gauche au-dessus de la précédente. Réaction intense sur toute la joue gauche 48 heures après 1 séance. 16, lobule de l'oreille droite. Réaction sur l'oreille, 1 séance. 19, en avant de l'oreille gauche. 20, derrière l'oreille gauche. PHOTOTHÉRAPIE. 22, derrière l'oreille gauche. Réactions intenses sur tous les points précédents. 28, haut du front à droite. Réactions disparaissent à l'oreille et à la joue gauche.

Janvier 1906 : 2, sur la paupière gauche. Réactions se calment. 9, tempe droite près de l'oreille. 12, sur le front au-dessus de l'œil gauche. 17, sur l'oreille droite. 18, derrière l'oreille droite. 30, derrière l'oreille gauche.

Actuellement, la plupart des points traités, surtout sur la face, donnent l'apparence de la guérison.

Obs. VI. — M. K..., 43 ans. — *Lupus érythémateux de toute la face et des oreilles datant de 2 ans et demi.*

Traitement antérieur : permanganate de potasse, scarifications, photothérapie.

Traitement radiothérapique : Commencé le 25 septembre 1905. — A fait 20 séances.

Septembre 1905 : 25, 28, joue droite. — Novembre 1905 : 4, joue gauche, 8, aile gauche du nez. 15, aile gauche du nez. Réaction légère sur les 3 points précédents, 1 séance, 2 séances. 22, joue droite sous l'œil. 38 pommette gauche. — Décembre 1905 : 1, sous la pommette gauche. Réactions précédentes continuent et deviennent très intenses. 6, joue gauche près du nez. 9, en avant oreille droite. Réactions sous l'œil droit et gauche, 2 séances. 13, sous

oreille gauche. Réactions en avant oreille droite 1 séance. 18, sur le dos du nez. 20, sous l'oreille gauche. Réactions précédentes plus réaction sur le nez, 1 séance. 28, sur l'œil droit. — Janvier 1906 : 3, tempe gauche. 13, tempe gauche près de l'œil. Réactions continuent sur les joues. 13, joue droite, en avant de l'oreille et en bas. 18, pommette droite près de l'œil. Réactions sont moins vives. 20, pommette gauche près de l'œil. 26, sur le nez.

L'intensité des réactions chez le malade a été particulièrement forte, avec exulcérations pseudo-membraneuses et saignantes d'aspect diphtéroïde.

Leur évolution s'est faite, rapidement, normalement, sans suppuration.

Le malade étant hospitalisé a reçu des soins aseptiques continus : pulvérisations et compresses bouillies en pansement.

Obs. VII. — M. L..., 46 ans. — *Lupus érythémateux siégeant sur les joues et les oreilles datant de 9 mois.*

Traitement antérieur : radiothérapie, teinture d'iode, acide acétique.

Traitement radiothérapique : commencé le 3 novembre 1905. — A fait 6 séances.

Novembre 1905 : 3, côté droit du cou. 10, côté gauche du cou. 23, côté droit du cou. Réaction légère sous l'oreille gauche, après 1 séance.

Décembre 1905 : 8, derrière l'oreille gauche. 13, sous l'oreille droite. Réaction légère sous l'oreille droite, après 3 séances.

Janvier 1906 : 4, derrière l'oreille gauche.

Pas de modifications sensibles. — Réagit peu aux rayons X.

Ce malade a sur le corps des lésions disséminées qui rentrent plutôt dans les séries des tuberculoses cutanées proprement dites.

En outre, il fait de la pyodermite sous forme furonculaire.

Obs. VIII. — M^{me} V..., 30 ans. — *Lupus érythémateux du nez, datant de 10 ans.*

Traitement antérieur : pointes de feu, scarifications, grattages. Radiothérapie (guérison puis récurrence), photothérapie.

Traitement radiothérapique : commencé le 8 novembre 1905. — A fait 7 séances.

Novembre 1905 : 8, aile droite du nez. Réaction 10 jours après.

Décembre 1905 : 8, aile gauche du nez. 22, aile droite du nez. 28, à droite au-dessous du nez, au-dessus de la lèvre.

Janvier 1906 : 4, pointe du nez côté gauche. 16, dans le sillon du côté droit. 27, point sous le nez et à gauche. Réaction légère dans le sillon droit 9 jours après et au bout du nez du côté gauche.

Obs. IX. — M. W..., 37 ans. — *Lupus érythémateux de la face et des oreilles, datant de 3 ans.*

Traitement antérieur : emplâtre de Vigo, ichtyol, photothérapie.

Traitement radiothérapique : commencé le 2 mai 1905. — A fait 40 séances.

Mai 1905 : 2, joue gauche. 3, 5, 6, 8, 10, 12, oreille gauche. 13, 15, 16, 17, sur le menton. 19, derrière l'oreille gauche. 22, 23, menton. Réaction légère sur toute la joue et l'oreille gauche.

Toutes ces séances n'ont duré que 20 minutes ; à partir du mois de juin, les séances ont été de 33 minutes.

Juin 1905 : 16, 23, joue gauche. Réaction intense sur la joue gauche. —

Juillet 1905 : 18, 20, joue gauche près du nez. Réaction sur la joue gauche près du nez, 2 séances. 21, commissure gauche. 22, sur le nez. 26, joue gauche près du nez. 27, joue droite près du nez. Août 1905 : 1, oreille droite. 2, joue droite grosse plaque. 3, joue droite petite plaque près de la moustache. 5, lobe de l'oreille gauche. 7, sur le nez. 8, joue droite grosse plaque. 9, région temporale droite. 10, 11, 12, 16, tempe gauche. 17, près de l'œil gauche. 19, 21, 22, joue droite. 24, 26, joue gauche. Réactions de la joue droite, du nez, du menton, de l'oreille gauche qui deviennent très vives. — Repos. — Octobre 1905 : 11, 2 séances, joue droite et gauche. *Petites réactions 15 jours après.*

Guérison à peu près complète à ce moment-là.

Ce cas est des plus intéressants au point de vue de la comparaison entre l'action de la photothérapie et des rayons X et de l'effet des deux traitements successifs associés.

Le malade avait fait antérieurement des séances de photothérapie (appareil Lortet-Genoud) de deux heures et plus et avait des réactions bulleuses faiblement curatives, alors qu'en 20 minutes sur d'autres points les rayons X donnèrent une réaction curative rapide.

En outre, les rayons X appliqués sur des points traités antérieurement par la photothérapie ont donné des réactions beaucoup plus rapidement qu'aux points similaires traités seulement par les rayons X seuls.

Obs. X. — M. H..., 28 ans. — *Lupus érythémateux des joues et des oreilles, datant de 6 ans.*

Traitement antérieur : pommades, photothérapie (100 séances).

Traitement radiothérapique : commencé le 16 novembre 1905. — A fait 5 séances.

Novembre 1905 : 16, joue gauche partie supérieure. — Janvier 1906 : 5, joue gauche partie supérieure et postérieure. 16, en avant de l'oreille gauche. 22, en avant de l'oreille droite. 26, sur la joue droite.

Pas de modifications nettes jusqu'à ce jour.

Obs. XI. — M^{me} S..., 46 ans. — *Lupus érythémateux de la joue droite, datant de 11 ans.*

Traitement antérieur : scarifications, puis pommades.

Traitement radiothérapique : commencé le 5 décembre 1904. — A fait 11 séances.

Décembre 1904 : 5, 7, 14, 21, sur la joue droite. — Janvier 1905 : 11, 13, 27, sur la joue droite. — Février 1905 : 3, sur la joue droite. Réaction commence légère puis s'accroît. Repos jusqu'au 22 avril 1905. — Avril 1905 : 22, sur la joue droite partie supérieure. — Mai 1905 : 11, 27, sur la joue droite partie supérieure. La réaction commence. Elle a été extrêmement intense, avec impétiginisation et érythème ecchymotique, séborrhée et douleurs tolérables.

A cette date, la radiodermite est guérie, il reste encore quelques rares points lupiques.

La technique employée a été uniforme pour chaque malade, interrompue seulement dans l'ordre et la fréquence par les réactions locales individuelles.

La source utilisée était le courant continu à 110 volts, avec réducteur du potentiel Radiguet, interrupteur Contremoulins-Gaiffe ; voltage 20, ampérage 5, étincelle équivalente 4 ; distance du sujet à l'anticathode 15 centimètres. Durées des séances, variant entre 20 et 35 minutes jusqu'à obtention de la teinte radiométrique 5.

Les séances avaient lieu en moyenne tous les 7 jours sur le même point, avec absorption de 5 H par point et par séance, jusqu'à production de radiodermite.

La radiodermite a été, dans tous les cas, volontairement provoquée. Elle s'est manifestée, suivant les sujets, les régions, la variété du lupus, entre la 1^{re} et la 5^e séance, généralement après la 3^e.

Elle débute, en général, par des sensations de démangeaison, picotement ou brûlure qui sont suivies, dans les 24 ou 48 heures, de réaction cutanée de formes variables :

1^o Érythémato-squameuse.

2^o Pigmentaire, presque purpurique.

3^o Vésiculo-bulleuse.

4^o Exulcéreuse.

La réaction n'est donc pas toujours assimilable à l'effet d'une brûlure, elle donne l'impression souvent d'une eschare superficielle, comme le ferait une réaction électrolytique : ce qui fait penser que l'action des rayons X serait à la fois physique et chimique.

La durée de la réaction varie entre 1 et 6 semaines ; 3 semaines est la moyenne ; dans un cas, elle a duré 6 mois.

L'évolution n'est généralement pas douloureuse. Si la réaction est érythémateuse, elle donne l'apparence, dans la suite, d'une séborrhée congestive intense, à squames plus ou moins épaisses. Pigmentaire, elle s'éteint progressivement. Vésiculo-bulleuse, elle aboutit souvent à l'ulcération analogue à la réaction escarrotique. Celle-ci se recouvre d'une fausse membrane, d'aspect lardacé, qui disparaît progressivement des bords au centre, en même temps que se produit la régression du lupus.

La rapidité d'évolution de la réaction dépend de la région traitée, de l'état préalable infectieux ou non de la peau, de l'état antérieur du sujet.

Dans les parties où la peau est mince, où il existe des plans osseux ou cartilagineux sous-jacents, la réaction est rapide comme apparition et évolution. La suppuration est la conséquence d'un état pyogène antérieur de la partie traitée ou du manque de soins aseptiques, consécutifs à la radiothérapie.

La photothérapie préalable, antérieure à l'application des rayons X, semble faciliter leur action, rendre les réactions plus faciles et plus courtes, par suite, abréger la durée du traitement.

Les résultats curatifs sont, en général, des plus satisfaisants : avec 15 à 20 H, en moyenne, une région traitée présente, un mois à six semaines après, au lieu du lupus, une peau lisse, de teinte normale, souple, nullement cicatricielle.

Il est, dans certains cas, nécessaire de revenir deux fois sur le même point. Nous n'avons jamais obtenu d'accidents et il n'y a eu de cicatrices que par le manque de soins consécutifs ayant entraîné de la suppuration.

Le seul inconvénient de la méthode est l'impossibilité de prévoir l'intensité, la forme et la durée de la réaction.

En résumé, il nous semble pouvoir conclure : que la radiothérapie pratiquée avec la technique que nous avons employée, est le traitement le plus rapide et le plus actif du lupus érythémateux. La seule expérience à faire est relative à la possibilité de récidives que nous n'avons pu constater, étant donnée l'application trop récente de la méthode. Deux cas, traités et guéris depuis près de 2 ans, n'ont pas récidivé.

M. LEREDDE. — La question du traitement du lupus érythémateux par la radiothérapie est des plus importantes, puisque l'affection est souvent incurable par toutes les méthodes. Le sujet a du reste été étudié déjà à l'étranger et même en France.

Pour ma part, j'ai soigné un grand nombre de malades depuis deux ans et je puis arriver à des conclusions précises que je me réserve de développer du reste dans un travail prochain. La radiothérapie *pratiquée suivant une certaine technique* est une excellente méthode de traitement du lupus de Cazenave et permet de guérir 85, peut-être 90 p. 100 des cas *dans les formes rebelles, dans les types graves* du lupus érythémateux fixe.

La statistique dont je possède les éléments est particulièrement intéressante parce qu'elle concerne, dans un certain nombre de cas, des malades ayant résisté à la photothérapie bien faite et qui ont guéri dans la suite par la radiothérapie. Or la photothérapie, d'après les statistiques de Finsen et les miennes, donne dans le lupus érythémateux 50 p. 100 de guérison. Je parle de guérisons stables, résistant à l'épreuve du temps.

La technique que j'ai suivie à l'Établissement dermatologique diffère de celle de M. Gastou et est beaucoup plus sévère ; je fais absorber par la peau 40-42 unités H par séances couplées et je reprends le traitement au bout de vingt à trente jours, quand toute réaction apparente a disparu. On aboutit ainsi, en trois ou quatre séries, à une cicatrisation régulière qui est, à mon avis, nécessaire pour qu'on puisse déjà parler de guérison. Quelquefois il faut recommencer le traitement au bout de plusieurs mois sur quelques points.

On provoque naturellement par cette technique des radiodermites, *mais de celles qu'on a le droit de rechercher en thérapeutique*, lorsque l'affection que l'on soigne exige une action profonde et ne peut être guérie qu'à la condition d'une sclérose superficielle. Les réactions inflammatoires produites par les rayons X peuvent être recherchées, à la condition d'éviter les douleurs profondes et tenaces ; les eschares même pourraient être détermi-

nées dans un but thérapeutique si elles ne s'accompagnaient pas de ces douleurs, ce qui n'est pas. Quand on traite un lupus érythémateux, comme un lupus tuberculeux, par 10-12 unités de Holzknacht, on observe de la rougeur, une ulcération, une certaine sensibilité : le tout guérit en moins d'un mois. On a le droit de rechercher des réactions de cet ordre dans des cas que l'on traitait autrefois par les caustiques les plus énergiques.

Naturellement il faut prendre les plus grandes précautions pour éviter les accidents. Je n'ai eu pour ma part d'accidents dus aux rayons X que dans des cas de lupus que je voulais guérir, parce qu'ils résistaient à tous les moyens. Ces accidents n'ont pas eu, du reste, une grande importance, sauf dans un cas où les douleurs ont persisté pendant plusieurs mois.

Il faut éviter, bien entendu, de superposer et de croiser les aires soumises à la radiothérapie à doses fortes. Le cuir chevelu est une région dangereuse et où on ne peut employer d'une manière réitérée des doses élevées de rayons X. A ce niveau, la guérison complète du lupus érythémateux a, du reste, beaucoup moins d'importance qu'à la face, et on peut se résigner à ne pas l'obtenir quand deux séries d'applications radiothérapiques, répétées à un mois d'intervalle, ne semblent pas avoir amené une transformation suffisante.

M. DANLOS. — La résistance des tissus paraît fort variable : même en me tenant dans les limites de 5 H j'ai eu des radiodermites et, malgré des pansements attentifs quelques malades ont suppuré. Certains malades paraissaient guéris et cependant leur affection a récidivé. Quant à la douleur, je suis étonné que M. Leredde puisse l'éviter à volonté, car je l'ai vue se produire avec des doses relativement faibles.

M. BELOT. — On ne peut obtenir la guérison que par un traitement violent. Le mieux est de faire d'emblée une séance intense de 8 à 9 ou 10 unités H. On doit avoir soin de ne pas empiéter d'une fois à l'autre sur la partie déjà traitée. La guérison est d'ordinaire accompagnée de production de tissu cicatriciel et il survient parfois des télangiectasies disgracieuses dues à la répétition très fréquente des séances.

M. LEREDDE. — Parmi les douleurs consécutives à la radiothérapie, il en est de superficielles et de tenaces, qui ne doivent pas empêcher d'employer des doses fortes quand cet emploi est nécessaire à la guérison. Mais on doit éviter à tout prix les douleurs tenaces, profondes, qui sont dues à des doses trop élevées. Quant à la cicatrice, elle est l'aboutissant nécessaire d'un traitement qui mène au succès, les télangiectasies ne doivent pas arrêter l'opérateur.

M. DARIER. — Il faudrait remarquer que ce qui vient d'être dit ne s'applique pas à tout lupus érythémateux ; certaines variétés ne sont pas justiciables de la radiothérapie. Il en est qui guérissent sous l'influence de pâtes résorcinées, d'applications de savon noir, de solutions phéniquées concentrées, etc. ; d'autres résistent à tout et on ne peut dire d'une façon générale que la rapidité de la cure soit plus grande par la radiothérapie. Pour se bien rendre compte de l'efficacité relative des moyens mis en œuvre, le mieux est de faire un héli-traitement parallèle, appliquant la radiothérapie d'un côté, une autre méthode de l'autre.

Ulcération tuberculeuse de la vulve, chez une fillette de 11 mois.

Par MM. AUDRY et COMBÉLÉAN.

D'une manière générale, les tuberculoses de la vulve sont rares; elles le sont plus encore si l'on fait abstraction de celles qui sont secondaires à des altérations de voisinage, intestinales ou autres.

Pour ma part, je n'ai encore rencontré qu'un seul cas de *lupus vulvaire*. Il est vrai que ces cas doivent passer parfois inaperçus. En effet, chez cette malade, la lésion était complètement dissimulée sous une plaque de leucoplasie bien circonscrite, et il fallut l'examen microscopique pour en révéler la nature. (De fait, ces *leucoplasies surtuberculeuses* ne sont pas très exceptionnelles, et j'en ai rencontré et présenté, ici même, un exemple observé à la langue). Quant aux ulcérations tuberculeuses, elles paraissent encore plus exceptionnelles. Deschamps en a signalé un cas chez une phthisique qui présentait une altération semblable de la main. Nous n'avons pas fait de recherches bibliographiques assez étendues pour donner une idée exacte des connaissances actuelles à ce sujet. Toutefois, nous nous croyons autorisés à considérer comme rare l'observation que voici :

Noémie B..., âgée de 1 an, a été nourrie au sein, un peu irrégulièrement mais sans accidents. Vers le milieu de décembre 1903, la mère s'aperçut par hasard que l'enfant, alors âgée de 11 mois, présentait une tuméfaction dans le pli inguinal droit. Cette tuméfaction rougit, et s'ouvrit spontanément pour laisser sortir du pus. C'est le 10 janvier seulement que la mère, encore par hasard, constata sur la fillette l'existence d'une ulcération de la vulve. L'interrogatoire le plus minutieux ne permit pas de découvrir un mécanisme d'inoculation quelconque.

A l'entrée de l'enfant, on constate un état général satisfaisant.

Dans le pli inguinal gauche, deux gros ganglions indolents et non ramollis.

Dans le pli inguinal droit, tuméfaction volumineuse et diffuse, présentant à son sommet une ouverture circulaire à bords un peu violacés et déchiquetés. Cette ouverture conduit dans une cavité anfractueuse contenant du pus et des débris blanchâtres qui sont évidemment des masses ganglionnaires en voie d'élimination.

Sur la vulve, on découvre une ulcération qui en occupe la moitié droite; elle s'arrête au bord de l'orifice hyménéal et du méat urétral et ne paraît pénétrer ni dans l'un ni dans l'autre. Elle occupe une grande partie de la face interne de la petite lèvre, le reste en est tuméfié et d'un rouge violacé.

L'ulcération est souple, superficielle, bourgeonnante, irrégulière, recouverte d'un exsudat jaune; les bords n'en sont pas creusés. Les bords de la petite lèvre qui avoisinent la plaie ne sont pas ulcérés eux-mêmes; ils sont semés de petites granulations d'un blanc jaune, extrêmement fines, encore recouvertes d'épiderme. Il est difficile de savoir si la lésion est douloureuse;

le fait est que l'enfant crie beaucoup si on l'examine; mais la mère n'avait pas remarqué qu'elle parût souffrir quand on la lavait.

Rien aux poumons ni à l'anus. Appareil digestif normal.

On songe d'abord à un chancre simple, mais l'inoculation reste négative.

On en vient alors à l'hypothèse d'une ulcération tuberculeuse: on excise un petit bourgeon qui, fixé, inclus et coupé, apparaît fourmillant de cellules géantes et de nodules tuberculeux! On examine alors la mère avec soin. Rien dans ses organes génitaux; elle se plaint seulement de maigrir et de tousser depuis quelque temps: on constate au sommet gauche des signes certains de ramollissement (matité, craquements humides, etc.). On lui donne un crachoir et l'on s'aperçoit qu'elle crache; ses crachats sont une purée de bacilles! Elle n'avait jamais songé à consulter un médecin.

Anesthésie; évidemment et nettoyage de la plaie inguinale. Excision de la petite lèvre infiltrée; cautérisation et raclage de la plaie vulvaire.

Pour la mère, repos, etc.

Suites opératoires simples.

L'examen microscopique du fragment de la petite lèvre montre que cette dernière était complètement infiltrée d'innombrables follicules tuberculeux à tous degrés de développement.

La mère affirmait n'avoir jamais fait la toilette de l'enfant qu'avec des linges propres. Elle-même ne porte aucune lésion tégumentaire de nature tuberculeuse. Elle a un autre enfant de 3 ans bien portant. C'est une buveuse de vin (revendeuse). Le père ne paraît pas être tuberculeux (?).

Il est à noter que des faits de ce genre sont relativement communs chez les nourrissons mâles, grâce aux inoculations consécutives à des circoncisions rituelles, suivies de succion et pratiquées par des opérateurs tuberculeux. Demme en a rencontré 2 cas chez des fillettes de 7 et 13 mois.

Il est à peu près certain que l'enfant a été inoculée par sa mère; aussi l'ignorance où celle-ci était de sa propre phtisie, la quantité de bacilles contenus dans son expectoration suffisent à expliquer le mécanisme.

On notera que l'envahissement ganglionnaire a été souvent rencontré chez les petits garçons inoculés par la circoncision, et que M. Hamburger le mentionne chez une fillette de 3 ans qui présentait une ulcération tuberculeuse de la fourchette (1).

Sur une dermite végétante avec éléphantiasis entée sur une asphyxie locale mutilante des extrémités.

Par MM. HALLOPEAU et GRANCHAMP.

Il y a un singulier contraste entre les deux ordres d'altérations dont ce malade est atteint:

Nous résumerons, ainsi qu'il suit, son observation:

(1) In *Semaine médicale*, 24 janvier 1906, p. 46.

Le nommé Jules L..., 54 ans, entré salle Bazin, lit n° 25.

Le début de la maladie remonte à 1 an.

Le malade déclare que les premiers symptômes ont été des douleurs violentes, cuisantes au niveau du gros orteil. Les chaussures en exagéraient l'intensité. A ce moment, on ne voyait aucune lésion et, les souliers enlevés, les douleurs disparaissaient.

Deux ou 3 mois après, le pouce et le 5^e orteil du pied droit sont devenus livides et très douloureux; 8 mois après, ils tombaient laissant à leur place une large ulcération.

Petit à petit, les lésions actuelles ont envahi les deux jambes. Au début, le malade n'a remarqué qu'une simple tuméfaction; quelque temps après, ont apparu des altérations d'aspect squameux sur les deux jambes, en même temps que l'ulcération consécutive à la chute du gros orteil s'étendait progressivement.

Les douleurs, elles aussi, devenaient plus intenses; elles avaient leur maximum à la partie postérieure de la jambe; la pression ne les augmentait pas.

Actuellement :

Les membres inférieurs sont recouverts d'épaisses concrétions croullo-squameuses, friables et de couleur jaunâtre. Au niveau des cou-de-pied, elles sont disposées en saillies transversales; on dirait des ficelles placées parallèlement d'environ 1 millimètre de diamètre et séparées par des sillons; l'épiderme sous-jacent paraît peu altéré.

Sur le dos du pied, les croulles sont irrégulièrement polygonales, épaisses de 1 millimètre environ; le derme sous-jacent est épaissi et, par places, le siège de sillons superficiels dessinant des flots irrégulièrement polygonaux.

Toute la jambe est recouverte de concrétions croullo-squameuses semblables, séparées par des sillons et atteignant jusqu'à 2 ou 3 millimètres d'épaisseur. Au-dessous d'elles, le derme est rouge avec tendance au suintement; il présente de nombreuses petites saillies végétantes. Il est également le siège de sillons plus profonds qu'au pied, mesurant jusqu'à 5 millimètres de diamètre et dessinant des saillies irrégulièrement polygonales qui atteignent 2 ou 3 centimètres dans leurs plus grandes dimensions.

A gauche. — L'ablation de ces épaisses croullo-squames jaunâtres, rappelant l'aspect d'écorces d'arbres, laisse à découvert une surface rouge inégale, végétante, cloisonnée par des sillons en surfaces polygonales de 1 à 2 centimètres de diamètre, rectangulaires, triangulaires ou irrégulièrement quadrilatères. L'épiderme sous-jacent est manifestement très épaissi, particulièrement aux dépens de sa couche cornée.

A droite. — Le dos du pied, la partie antérieure du cou-de-pied et la jambe sont hérissés de saillies végétantes tubéreuses, rougeâtres, suintantes, les unes isolées, la plupart confluentes. Ces dernières forment des bourrelets transversaux qui atteignent 8 millimètres de hauteur et dont le diamètre vertical varie de 5 à 15 millimètres, les dimensions transversales égalant celles de la partie antérieure de la jambe. A côté de ces saillies, on en trouve de plus petites, du volume d'un grain de millet. Elles sont nombreuses, confluentes sur tout le dos du pied et des orteils.

Une partie des concrétions sont brunâtres et humides. Le derme sous-jacent est le siège de nombreuses saillies, comparables à celles du pied, l'altération s'étendant jusqu'au niveau du genou.

A la plante du pied, les croûtelles sont plus minces ; elles s'accompagnent de nombreuses fissures de la peau.

Au niveau du gros orteil, il reste un morceau de phalange du volume d'une petite noisette. La face dorsale du pied, élargie, mesure, du bord interne du pouce au bord externe du petit doigt, 17 centimètres (à gauche 13 centimètres). L'épaisseur du pied est plus que doublée. Les orteils sont tous hypertrophiés : c'est ainsi que le deuxième mesure 10 centimètres de circonférence.

Toute la peau du métatarse est ulcérée et cette perte de substance à contours serpigneux remonte latéralement à 4 centimètres au-dessus de l'articulation du 2^e orteil, s'étend en dehors jusqu'à près de la moitié de la face dorsale, et, sur la face plantaire, intéresse toute la partie qui correspond aux 2 premiers métatarsiens, mesurant 5 centimètres dans le sens antéro-postérieur, et en dehors s'étendant jusqu'à la ligne médiane.

Aux deux mains, surtout à gauche, on note une asphyxie locale des extrémités dont le début remonte à 3 ans. Les ongles présentent des altérations considérables ; celui du médius gauche est presque complètement tombé.

De même, aux oreilles, on remarque également de l'asphyxie locale.

Ainsi donc, on observe simultanément, chez ce malade, d'une part, des lésions d'atrophie et de régression qui vont jusqu'au sphacèle et à la chute complète de l'un des gros orteils, de l'autre une dermite végétante qui se traduit par la production de milliers de saillies tubéreuses, une énorme prolifération épidermique et l'augmentation de volume des membres que l'on peut qualifier d'éléphantiasique : il y a là une opposition d'autant plus frappante que c'est sur ce terrain éminemment atrophique de l'asphyxie locale que s'est développé le processus de végétation. Si nous cherchons l'explication de cette singulière contradiction, nous arrivons à admettre que, selon toute vraisemblance, des *microbes générateurs d'hyperplasies cutanées* ont trouvé dans ces membres, en état d'asphyxie locale, peut-être sous l'influence de cet état, un terrain favorable à leur multiplication et à leur action pathogénique ; nous invoquons surtout, en faveur de cette interprétation, la genèse, par un mécanisme analogue, des syphilides secondaires végétantes.

Comme autre particularité, nous noterons, chez ce malade, l'épaisseur considérable qu'atteignent, surtout à la jambe gauche, les concrétions croûtellosquameuses ; elle est d'autant plus digne de remarque, que l'épiderme sous-jacent est à peine excorié : c'est là un second problème que soulève l'histoire de ce malade.

Récidive de chancre induré ou ulcération tardive avec induration chondroïde.

Par MM. HALLOPEAU et GRANCHAMP.

Nous serons heureux d'avoir l'opinion de nos collègues sur la désignation de cette altération, qui au premier abord donne l'impression d'un accident primitif.

Louis B..., 44 ans, entré le 21 janvier 1906, salle Hardy, lit n° 30, vient à l'hôpital pour une ulcération siégeant dans la rainure balano-préputiale.

Cette ulcération est superficielle, ovale, à grand diamètre transversal, à fond lisse, rougeâtre et à bords indurés, cartilagineux. La pression en fait sourdre un liquide transparent. De chaque côté, on constate l'absence d'une pléiade ganglionnaire dans la région inguinale; cependant un ganglion est notablement tuméfié à droite. L'ulcération est sensible au toucher, mais spontanément indolore.

Le malade a eu, au mois de janvier 1900, un chancre induré pour lequel il a été soigné dans le service pendant plusieurs mois. Il a été atteint ensuite d'une roséole et de plaques muqueuses dans la bouche, à l'anus, et au scrotum; ces accidents, plusieurs mois après, l'ont amené de nouveau à Saint-Louis, dans le service du professeur Fournier.

Il n'y a guère que 18 mois que le malade n'a plus vu d'accidents secondaires.

Il assure que l'ulcération actuelle siège exactement au même endroit que l'accident initial, mais on sent à 1 centimètre à droite une induration qui en est sûrement le reliquat.

Le malade semble s'être soigné très irrégulièrement.

M. ALEX. RENAULT — J'ai vu fréquemment à Ricord des lésions de cet ordre, il s'agissait non d'un chancre mais de syphilides chancriformes. Les ganglions d'ailleurs manquent. S'il y avait un doute il serait levé par l'apparition ultérieure d'accidents secondaires; or ces accidents n'apparaissent pas.

M. FOURNIER. — Je ne saurais être d'avis qu'il s'agit ici d'un chancre. Cette lésion est celle que j'ai décrite sous le nom de *syphilome induré chancriforme*, dont tous les caractères sont ceux du chancre, à cela près de l'évolution ultérieure qui fait défaut. On peut trouver des accidents comparables qui ne présentent aucune trace d'ulcération; il existe alors seulement dans la peau une plaque indurée chondroïde.

M. DARIER. — Cet accident peut-il se présenter aux muqueuses et à la lèvre?

M. FOURNIER. — Oui, il existe aussi bien sur les muqueuses qu'à la peau.

M. HALLOPEAU. — Nous ne pouvons que nous en référer à la grande expérience de nos éminents collègues; nous avons confiance que nous pourrions constater ultérieurement l'absence d'une nouvelle poussée secondaire

Lymphadénome primitif ulcéré de la lèvre avec surinfection secondaire.

Par MM. BEURMANN et GOUGEROT.

Ce cas est l'association d'un « lymphadénome » et d'une surinfection buccale. Une crevasse reposant sur un nodule induré s'accompagnant d'un gros ganglion sous-maxillaire droit, dur, mobile, indolent, simule un chancre syphilitique. La crevasse devient une ulcération, se creuse et grandit, phagédénique; le ganglion suppure, s'ouvre à la peau, et cette ouverture devient ulcère phagédénique, par infection buccale surajoutée infectant le nodule primitif (phagédénisme secondaire). La gencive supérieure s'ulcère d'une ulcération semblable, phagédénique, qui envahit la lèvre supérieure (extension du processus ulcéreux phagédénique). Puis les ulcérations labiales grandissent toujours, une dissémination à distance se fait, en différents points du corps, de pustules d'ecthyma ulcéreux et phagédénique (dissémination par inoculation exogène [grattage] de la surinfection buccale). On parvient à faire régresser et cicatriser ces inoculations secondaires et l'ulcération ganglionnaire, mais les deux ulcérations labiales font d'effrayants progrès. L'organisme entier est infecté, ce que prouvent la fièvre et une légère albuminurie.

1) L'infection secondaire buccale a pu être reconnue dès le début.

Les microbes saprophytes de la bouche, si nombreux qu'on a peine encore à les identifier, ont infecté la lésion primitive « lymphadénique », exaltant leur virulence, associés, et sans qu'on ait pu reconnaître la part de chacun d'eux, ils ont contribué à l'ulcération du lymphadénome dont les tendances ulcéreuses semblent minimes. Le phagédénisme de la lèvre inférieure est donc plus fait de cette infection secondaire polymicrobienne que de l'évolution naturelle du lymphadénome. Un moment cette infection est restée localisée à son foyer primitif, puis elle a gagné la lèvre inférieure, et l'un des microbes de cette association, disséminé sur tout le corps, y a produit des ulcérations phagédéniques, stade terminal de pustules ecthymateuses. On a pu suivre pas à pas l'évolution clinique de ces pustules ecthymato-ulcéreuses, surprendre avant l'ulcère ecthymateux phagédénique terminal les stades de papules, vésicules et pustules; l'histologie pathologique a déterminé ce processus inflammatoire et nécrotique, la bactériologie a reconnu entre de nombreuses espèces associées un diplo-staphylocoque qui semble avoir le rôle prépondérant, mais elle n'a pu discerner si ce diplo-staphylocoque, qui seul sans association déterminait les pustules ecthymateuses, pouvait créer le phagédénisme ou s'il lui fallait l'aide d'une des nombreuses espèces que l'on rencontrait en même temps que lui au foyer primitif de la lèvre; l'expérimentation a en effet échoué, et l'on n'a pu résoudre ce point si intéressant de la pathologie du phagédénisme.

2) Difficile à déterminer est au contraire la lésion primitive sur laquelle s'est greffée cette infection buccale, surinfection qui imprime à la maladie et au processus histologique un caractère si particulier.

A s'en tenir aux descriptions classiques, avec Cornil et Ranvier, Brault, il faut admettre un lymphadénome, une tumeur, puisque l'on trouve un infiltrat de cellules lymphatiques dans un fin réticulum conjonctif analogue à celui des

ganglions. C'est là déterminer une lésion, le lymphadénome sans préoccupation étiologique : or au nom de l'étiologie, on doit faire quelques réserves. Nous devons cette notion si importante à M. Darier qui voulut bien passer plusieurs heures à l'examen de nos préparations, et que nous ne saurions trop remercier. Puisque l'on trouve, dit M. Darier, *autour d'ulcération de pathogénie connue, tuberculeuse, syphilitique ou autre, des infiltrats lymphocytaires analogues à notre infiltration lymphadénique, on ne peut, en présence d'une ulcération d'origine inconnue* (comme dans notre cas), *affirmer qu'il s'agit de « lymphadénome »*. Si l'ulcération et le nodule primitifs sont dus à une infection, infection d'ailleurs inconnue, cette infection a pu déterminer ces points lymphadéniques, comme le font tuberculose ou syphilis.

Est-ce donc un « lymphadénome » ou une infection d'origine inconnue déterminant des infiltrats lymphocytaires ? Il paraît peut-être au premier abord que ce sont là deux termes inconciliables ; à la réflexion, il apparaît que la différence est plus dans les mots que dans le fond. En effet, le lymphadénome ne doit plus être considéré comme une entité morbide, il n'est qu'une expression anatomique, une « lésion », que des causes multiples peuvent produire, et, parmi ces causes, des infections ou connues, tuberculose, ou inconnues. Tout infiltrat lymphocytaire dans un réticulum doit donc, d'après les définitions classiques, être appelé « lymphadénome », mais les causes n'étant pas univoques, il est permis de démembrer l'entité « lymphadénome » et de séparer quelques formes au nom de l'étiologie. Ne voit-on pas en effet d'autres processus anatomiques, histologiquement analogues (mais non toujours semblables), être provoqués par des causes diverses (sclérose, nodules embryonnaires, dégénérescences, etc.) ? A côté du « lymphadénome-tumeur » dont la nature échappe encore, et qui peut être lui aussi infectieux, il faut mettre le « lymphadénome-réaction » de Dominici, secondaire à une infection connue ou inconnue et provoqué par elle.

En résumé, cette lésion primitive est un lymphadénome au sens classique du mot, autrement dit un infiltrat lymphoïde ; mais il faut ajouter : causé sans doute par une infection inconnue.

Cette discussion dépasse les limites de ce cas particulier. Une série de faits ininterrompus semble relier entre elles ces tumeurs si discutées :

Il existe tous les intermédiaires entre le « lymphadénome-tumeur » ou infiltration lymphocytaire pure et sans réaction conjonctive, et les infiltrats lymphadéniques entourant des lésions de nature infectieuse ou « lymphadénome-réaction » accompagnée de réaction inflammatoire conjonctivo-vasculaire. Il est toutes les transitions entre les lymphadénomes et les lymphosarcomes (1), car proches des « lymphadénomes-réactions » sont les lymphosarcomes où la charpente conjonctive réagit suivant le mode inflammatoire, « lymphosarcome inflammatoire » de Dominici. Ces mêmes lymphosarcomes présentent des points où le tissu conjonctif devient « monstrueux », ou sarcomateux. Donc entre le « lymphosarcome à charpente sarcomateuse » et le « lymphosarcome inflammatoire » s'échelonnent une série de cas où la réaction monstrueuse conjonctive devient de plus en plus marquée. De

(1) Lymphosarcome égale infiltrat lymphoïde et ses dérivés dans une charpente conjonctive en réaction.

même entre le lymphosarcome à charpente sarcomateuse et le sarcome s'intercalent les cas de sarcomes où sont disséminés quelques nodules lymphoïdes, de plus en plus importants à mesure qu'on se rapproche du lymphosarcome.

Les rapports du mycosis sont si étroits avec la « lymphadénie » que beaucoup avec les Allemands les confondent, et sans doute le mycosis à tumeur primitive, de Vidal et Brocq, n'est qu'une variété de « lymphadénome (1) ». Ainsi se trouvent reliées entre elles, quelles qu'en soient les causes, *toutes ces réactions anatomiques du tissu conjonctif aux diverses périodes de son évolution.*

Tout l'intérêt d'un cas comme le nôtre ne provient pas tant de ce qu'il est le premier signalé de lymphadénome primitif de la lèvre, que de ce fait qu'il soulève ces questions de pathologie générale (2), et que se trouvant un cas intermédiaire, il permet de résoudre certains points.

I. — OBSERVATION. — L..., garçon boucher aux abattoirs, est âgé de 30 ans. Il n'a jamais été malade. Vers le milieu d'octobre 1903, il s'aperçut d'une crevasse à la partie médio-latérale de la lèvre inférieure, il remarque qu'elle repose sur une « grosseur » dure, un peu sensible, que l'on sent en prenant la lèvre entre les doigts. Le ganglion sous-maxillaire droit existe dès ce moment. 40 jours après, la crevasse est devenue une ulcération d'environ 6 à 8 millimètres; il vient à Saint-Louis, il entre salle Hillairet (1^{er} nov. 1903).

La lèvre inférieure un peu tuméfiée saille en avant; à sa partie droite se dessine un assez gros nodule, que les doigts sentent facilement. Il est dur, un peu douloureux, assez nettement isolé du reste de la lèvre un peu enflammée et tuméfiée. Ce nodule sous-muqueux n'est ulcéré qu'à sa partie médiane; l'ulcération, peu profonde, est recouverte d'une croûte noirâtre hématique, autour d'elle sur le nodule la muqueuse est saine. Un gros ganglion sous-maxillaire droit, dur, mobile, indolent, déforme la région sous-maxillaire.

On croit à un chancre syphilitique ulcéré par infection de microbes buccaux; en effet, début par une crevasse reposant sur une induration, ganglion sous-maxillaire qui a tous les caractères du bubon satellite primaire.

L'ulcération s'étend malgré toute thérapeutique (bleu de méthylène, AzO^2Ag , ZnCl^2 , HgCl^2 , etc.), devient douloureuse et s'accompagne de phénomènes généraux: il est pâle, se sent peu solide, il a mal à la tête et un peu de fièvre, 38°-38°,5.

(1) Ce n'est pas parce que les cas sont analogues qu'il les faut confondre; on verra avec Dominici, quelles différences histologiques séparent le mycosis, le lymphadénome pur et notre « lymphadénome »; ce sont des faits de même ordre, mais distincts.

(2) Les auteurs reconnaissent au lymphadénome, son point de départ dans le tissu adénoïde normal: « Le lymphadénome des amygdales et de la base de la langue est dû à l'hyperplasie du tissu adénoïde qui existe normalement ». Røttersen a décrit à la muqueuse labiale des ébauches de tissu lymphoïde, mais ce tissu lymphoïde serait surtout marqué dans les papilles où nous verrons que le processus pathologique est le moins marqué (de même que dans le mycosis et le lymphosarcome). Mieux vaut donc, avec Dominici, ne pas chercher ici un tissu adénoïde préformé et développé: il faut admettre la prolifération du tissu lymphoïde embryonnaire latent, aux dépens des cellules fixes, revenant à l'état embryonnaire et des leucocytes sanguins et lymphatiques.

Les urines sont albumineuses (1^{er},50), preuve de l'atteinte profonde de l'organisme.

La lèvre inférieure est œdématiée, proéminente et même éversée et tombante, l'ulcération est presque médiane quoique droite, elle est ovulaire à grand axe horizontal, longue de 4 centimètres, large de 3. Elle semble envahir la peau par sa partie inférieure et s'étendre peu vers la muqueuse par son bord supérieur. Elle est peu profonde, non anfractueuse et presque aplatie. le bord est net, mais à peine entaillé, il est à peine rouge, et ne s'entoure pas d'auréole inflammatoire. Le fond est blanc jaunâtre pseudo-membraneux. Sous cet exsudat difficile à enlever on voit de petits bourgeons charnus assez pâles, saignant facilement. C'est une ulcération phagédénique sans grande réaction inflammatoire environnante, puisque la différence seule de teinte indique le bord. Le suintement est à peine marqué.

Le phagédénisme est insidieux, par « fonte moléculaire insensible et inappréciable », sans eschares. Le gros ganglion sous-maxillaire devient douloureux, s'empâte, se ramollit, adhère à la peau sans la faire rougir. Le 16 novembre on le ponctionne : pus jaune verdâtre homogène, contenant de nombreux polynucléaires plus ou moins dégénérés, pas de mono, quelques fins diplocoques presque tous phagocytés, pas de bacille de Koch. La peau s'ulcère, la fistule s'élargit, une nouvelle ulcération se forme, phagédénique.

Cette ulcération s'étend et ressemble à celle de la lèvre; elle est ovulaire, grande de 25 millimètres, à bords nets, déchiquetés à pic, un peu boursoufflés et rouges; le fond de l'ulcération est plat, gris blanchâtre, formé de détritits ganglionnaires qui s'effilochent à la curette. Elle sécrète à peine un peu de sérosité louche. La peau autour d'elle est normale, sans réaction inflammatoire : on dirait un chancre mou.

Vers le 20 novembre une autre masse résistante et douloureuse siégeant en avant du maxillaire inférieur au côté gauche du menton, au-dessous du sillon gingivo-jugal, se ramollit, devient fluctuante. Le pus à la ponction (22 nov.) est analogue à celui du ganglion, mais cette collection reste fermée. n'ulcère pas la peau et se résorbera très lentement.

Le 25 novembre, l'ulcération grandit toujours; le bord supérieur gagne sur la muqueuse et la face interne de la lèvre, il est déchiqueté à sa partie moyenne. On note quatre petites phlyctènes remplies d'un liquide transparent sur la moitié gauche de la lèvre inférieure et de courte durée.

Une nouvelle ulcération naît en haut sur le maxillaire supérieur, à la partie moyenne et antérieure de la gencive au niveau des deux incisives médianes; plate, à fond blanchâtre, à bord à pic, elle déchausse les racines des dents, et, remontant vers le sillon gingivo-labial, elle ne tardera pas à envahir la face interne de la lèvre supérieure.

Dans les premiers jours de décembre, apparaît à la face externe du bras droit près de son tiers inférieur une nouvelle ulcération. Un « bouton rouge » très prurigineux, que le malade excoria, la précéda de deux jours (5 décembre). La croûte brunâtre (hématique), épaisse et résistante, enlevée, l'ulcération cratériforme apparaît, elle est ovulaire, haute de 2^{cm},5, large de 2, ses bords tuméfiés saillants, déchiquetés, abrupts (à pic), rouges, non décollés, surplombent un fond plat à peine mamelonné, blanc jaunâtre, recouvert d'un peu de pus. Sous cet enduit se cachent des bourgeons charnus, pâles, saignants.

Tout autour la peau paraît saine, l'auréole inflammatoire qui déborde les bords de l'ulcère est pâle et très réduite, à peine 2 à 3 millimètres. L'examen sur lame et la culture montrent le même diplocoque qu'à la lèvre supérieure, au ganglion ulcéré et à l'abcès mentonnier gauche.

Trois jours après l'apparition de l'ulcération du bras, le 8 décembre, deux autres ulcères naissent simultanément à la face postérieure de la jambe droite, séparés l'un de l'autre par un intervalle de 4 centimètres de peau saine. Leur apparition est précédée d'une vésico-pustule prurigineuse que le malade gratte et inocule ailleurs.

Le 9 décembre, on surprend deux vésico-pustules, l'une au-dessous du coude droit et l'autre à la moitié de la face postérieure de la jambe gauche. La croûte enlevée laisse voir une ulcération petite mais profonde, véritable puits à bords à pic. Le traitement énergique les jugule (éther camphré suivi de poudrage au sous-carbonate de fer).

Le 15 décembre, naît une petite vésicule, à la partie interne du sourcil gauche au milieu des poils, en un point où le malade reconnaît s'être plusieurs fois gratté. Une tache rouge l'a précédée d'un jour à peine (1^{er} jour). Une vésicule de 2 millimètres, centrée d'un poil, n'a pas tardé à apparaître (15 déc.) (2^e jour). Elle est entourée d'une base rouge, empâtée, douloureuse, qui la dépasse de 3 à 4 millimètres; la rougeur et la tuméfaction se perdent insensiblement dans la peau environnante. Le liquide est clair, contient de rares leucocytes et quelques diplocoques (à la culture). Peu à peu en trois jours (18 déc.) cette vésicule grandit, sans que s'accroisse sa base rouge inflammatoire, la vésicule est devenue une large vésico-pustule aplatie et ombiliquée de 6 à 7 millimètres de diamètre, l'auréole saillante inflammatoire est réduite à un bourrelet rouge de 1 à 2 millimètres au plus (5^e jour). La vésicule se dessèche (12^e jour), devient terne; déchirée, elle laisse apercevoir une ulcération profonde de 2 à 3 millimètres, à bords à pic, en haut desquels s'insère encore le couvercle épidermique de la vésico-pustule; le fond, à peine purulent, est jaunâtre et saigne facilement. La réparation en est extrêmement lente et ne paraît terminée que le 20 janvier (37^e jour), laissant une cicatrice rosée à contour pigmenté.

Cette dernière ulcération, que l'on put suivre de jour en jour, explique la genèse des autres ulcérations. Le développement est le même que celui d'une vésico-pustule d'ecthyma vulgaire: papule, vésicule, vésico-pustule, pustule, ulcération. Mais l'ulcération a ici des tendances phagédéniques toutes particulières qui la font ressembler à un chancre mou. Pendant plusieurs jours les ulcérations grandissent et l'on se demande même, effrayé, si elles ne vont pas acquérir les dimensions du foyer primitif de la lèvre inférieure. Nous sommes assez heureux pour en arrêter les progrès et en amener la cicatrisation (1). Le 20 janvier, toutes, y compris l'ulcération ganglionnaire, sont cicatrisées.

Seules persistent la grande ulcération primitive de la lèvre inférieure et celle de la gencive et lèvre supérieure. Elles continuent leurs effrayants progrès que rien n'arrête (2). Toutes ont eu le même aspect d'ulcère plat, res-

(1) Les caustiques les plus énergiques ($ZnCl_2$, $HgCl_2$) furent essayés sans succès, le traitement qui réussit le mieux nous fut indiqué par M. Sabouraud: éther camphré à saturation suivi de poudrage au sous-carbonate de fer.

(2) Cette thérapeutique négative a compris: 1° un traitement interne à la levure

semblant au chancre mou, sans grande réaction inflammatoire autour d'elles, détruisant petit à petit *insidieusement*, en surface plutôt qu'en profondeur, *sans eschare et sans suppuration*. Mais alors que toutes les autres ont guéri, les ulcérations des lèvres persistent : preuve qu'il s'y surajoute quelque chose de plus ; aux membres il n'y avait que la surinfection buccale *ecthymatophagédénique*, à la lèvre il y a la lésion sur laquelle s'est greffée cette surinfection. La surinfection guérirait peut-être que cette lésion première s'accroît.

A la fin janvier 1906, l'état est alarmant, une courte amélioration de l'état général (chute de la fièvre, reprise des forces, abaissement de l'albuminurie à 0,25) qui avait suivi la fin des ulcérations des membres, s'est bientôt démentie. Le malade est pâle et assez faible, très amaigri. L'appétit a diminué, il dort mal, réveillé par les douleurs de l'ulcération, la fièvre est élevée 38°-39°. Il reste encore confiant et se lève un peu dans la journée.

La lèvre inférieure a disparu, abrasée par l'ulcération (moulage Barreta, n° 2460, du 16 janvier 1906). Vaguement ovalaire, elle a 7 centimètres de long d'une commissure à l'autre et 4 de haut, son bord inférieur reste à 2 centimètres au-dessus du bord inférieur du menton, son bord supérieur atteint presque le sillon gingivo-labial. C'est une ulcération aplatie, presque plane, non anfractueuse, son fond est moins blanc jaunâtre qu'autrefois, des bourgeons charnus saignants apparaissent davantage, la sécrétion purulente est restée minime. Les bords nets taillés à pic ont leur tranche rouge, mais pas d'auréole inflammatoire. L'ulcération de la gencive a fait tomber les deux incisives médianes, et sur les côtés gagne les deux incisives latérales qu'elle déchausse, elle dénude le maxillaire supérieur à peine recouvert d'un enduit blanchâtre, envahit la face interne de la lèvre supérieure qu'elle ulcère sur une largeur de 2 centimètres. En résumé, toutes deux en grandissant ont conservé les mêmes caractères qu'au début.

Le 23 et le 24, une artériole de la lèvre supérieure, entamée par une l'ulcération grandissante, a donné une assez abondante hémorragie. La fièvre baisse, oscille maintenant entre 37°-2 et 38°-3, les céphalées sont vives, il tousse un peu, on entend quelques râles diffus et même des sous-crépitants au sommet droit. Ce n'est pas encore toutefois la broncho-pneumonie qui emporte

de bière ; 2° un traitement externe. Ce traitement externe a varié : on appliqua d'abord la série des antiseptiques faibles, bleu de méthylène, iodoforme, eau oxygénée, pulvérisations, puis le sublimé et le calomel, CrO_3 , puis les caustiques les plus violents AzO_3 Ag et chlorure de zinc au $\frac{1}{10}$ et même au $\frac{1}{5}$. Le galvanocautère fut impuissant. Craignant par ces caustiques de sphaceler les couches superficielles de l'ulcération et de favoriser la marche de l'infection microbienne, on arrêta toute cautérisation et l'on se contenta de pansement à l'eau oxygénée et de pulvérisation ; l'ulcération fit des progrès encore plus grands ; on reprit l'*éther camphré*, qui pour les autres ulcérations avait si bien réussi, et le *sous-carbonate de fer*. L'ulcération continuant de s'étendre, nous avons supprimé les applications si douloureuses (et inefficaces) d'éther camphré ; 3° un traitement spécifique interne a été suivi d'abord (1^{er} au 25 novembre), *vingt-cinq piqûres de biiodure aqueux*, puis après un arrêt de quinze jours, *six piqûres de calomel*. *Iodure de potassium* à doses croissantes (6 gr.). *Le tout sans résultat* ; 4° enfin, le 16 janvier, une application radiothérapique a été tentée par M. Noiré.

si souvent ces malades atteints de lésions ulcéreuses du broncho-pharynx, sorte de schluck — pneumonie, par déglutition de germes de haute virulence. Une broncho-pneumonie à anaérobies enleva ainsi en peu de jours de manière insidieuse, avec peu de réaction fébrile, une de nos malades atteinte de stomatite mercurielle à larges ulcérations pseudo-membraneuses et phagédéniques. Ces complications pulmonaires menaçantes assombrissent encore le pronostic.

II. Diagnostic. — Avant que l'histologie, aidée de la bactériologie, n'ait décidé le diagnostic ou, tout au moins, ne l'ait restreint, ce cas souleva des problèmes difficiles.

Dès le début, l'hypothèse de morve fut agitée et repoussée ; c'est en effet, croyons-nous, un diagnostic que la clinique seule peut faire, avant même l'expérimentation qui ne laisse aucun doute.

Cette FARCINOSE MUTILANTE DE LA FACE, décrite par Hallopeau et Jeanselme (*Annales Derm.*, 1891, p. 273), Besnier (*id.*, p. 296) (moulages du musée, n^{os} 1571 et 1513) est très différente. L'évolution est autre : elle n'apparut que longtemps après le début de la maladie, *au cours d'une morve chronique, les muqueuses pituitaire et buccale ont été d'abord atteintes* (1), puis le processus destructif gagne l'extérieur, déterminant à la face des pertes de substance des lèvres, du nez, des joues : *Les lésions cutanées sont donc secondaires et multiples.*

Le processus ulcéreux est très différent. Dans la farcinose, c'est une *infiltration tuberculo-gommeuse* aboutissant à la production d'*ulcères* à tendances destructives, *par suite de la fonte de ces gommes farcineuses*. Au début, c'est donc une infiltration diffuse rouge, violacée, pâteuse, sur laquelle se développent ultérieurement de petites saillies ou boutons farcineux dont le centre se perfore en laissant échapper un liquide puriforme et déterminant une ulcération à l'emporte-pièce ; en un mot, *évolution de tubercules vers la caséification et l'évacuation laissant des cupules cavernulaires*. Puis rapidement, la perforation s'agrandit en se dentelant irrégulièrement sur ses bords et en même temps, *l'ulcération se continue en profondeur, décollant les tissus* et formant un ulcère très anfractueux et profond, *à fond plus large que l'ouverture*, et c'est par la *coalescence de ces ulcères* que l'on arrive à ces vastes pertes de substance. Pendant toute la durée, ces ulcères sécrètent un *pus jaunâtre abondant*. Les perforations se combleront en grande partie, mais, à leur périphérie, évoluent de nouveaux nodules gommeux qui aboutissent à la cupule cavernulaire. « Sur le centre d'une lésion ancienne on remarquera,

(1) Muqueuse rouge intense, ponctuée d'un grand nombre de points cicatriciels déprimés et couverte d'une série de cavernules gommeuses cupulaires, isolées ou réunies, formant alors des ulcérations à fond jaune purulent polycyclique (Besnier).

dit Besnier, la série associée des cavernules farcineuses et des bourgeonnements de réparation avec ébauche cicatricielle, formant un mélange caractéristique de lobules, de mamelons, de cupules. »

Il est inutile d'insister sur les caractères totalement différents de l'ulcération de L... : ulcération primitive sans antécédents, non secondaire à des lésions des muqueuses ; processus destructif sans infiltration tuberculo-gommeuse, sans ulcération à l'emporte-pièce ni cupules cavernulaires ; phagédénisme surtout en surface, ne décollant pas les tissus, ne créant pas de clapiers anfractueux et profonds à fond plus large que l'orifice, ne s'accroissant pas par coalescence de nodules ulcérés ; sérosité purulente très peu abondante ; aucune tendance du centre à la réapparition.

De quelque évidence que fût le diagnostic clinique, l'inoculation fut faite et le confirma. Trois cobayes mâles furent inoculés dans le péritoine ; le 1^{er}, avec le raclage de l'ulcération ; le 2^e, avec le pus d'un abcès ; le 3^e, avec un fragment bioptique de l'ulcération primitive (Sabouraud) (1). Aucun de ces cobayes ne présenta le signe de Strauss, c'est-à-dire l'orchite morveuse précoce et caractéristique ; tous survécurent et, sacrifiés longtemps après, furent trouvés indemnes de toute lésion. Les bacilles sur lame étaient rares, sans caractères précis, les cultures, plusieurs fois tentées, ne donnèrent jamais sur pomme de terre, avant ou après séparation, les colonies jaunes, brunes si caractéristiques de la morve.

— L'hypothèse d'une *tuberculose* fut facile à repousser : ce n'était ni l'aspect, ni l'évolution si caractéristiques, la progression par la coalescence et l'ulcération de petits tubercules (points jaunes de Trélat). Les examens sur lame ne montraient aucun bacille de Koch, alors qu'ils sont si abondants dans ces tuberculoses ulcéreuses. L'inoculation donna des résultats négatifs.

Si les diagnostics de morve et de tuberculose étaient faciles à éliminer, le diagnostic de *chancre syphilitique phagédénique* était au début le plus vraisemblable. Du Castel (*Bull. Soc. Derm.*, décembre 1894), Darier, firent des erreurs semblables. En effet, l'ulcération ne reposait-elle pas sur un nodule induré ? N'avait-elle pas des bords adhérents, en saillie, un fond relativement lisse et uni ? Le bubon n'était-il pas caractéristique ? Tous signes différentiels que donne Fournier dans son exposé magistral. Ce n'était pas le phagédénisme gangréneux et térébrant, progressant, par une série de mortifications partielles juxtaposées ; c'était la forme ulcéreuse (« phagédénisme rouge » infectieux) où l'ulcération progresse « sans cadavre », sans eschare, par un processus insidieux « par une fonte

(1) C'est M. Sabouraud lui-même qui voulut bien faire ce dernier essai, à son laboratoire. Le cobaye présenta un peu de suppuration de la paroi, maigrit, puis reprit son poids et resta indemne.

moléculaire invisible et inappréciable ». Plusieurs signes étaient contradictoires, il est vrai; ce n'était pas une ulcération rouge « ardent, à aréole hyperémique, à sécrétion séro-sanieuse » (phagédénisme rouge); les grands caractères du phagédénisme de la syphilis primaire (Fournier), 1^o peu d'extensivité, pas d'inoculation à distance; 2^o courte durée et pas de recrudescences subites; 3^o absence de réaction générale, processus strictement local manquaient. Mais il existe des exceptions (1), des « phagédénismes septiques infectieux », ayant pour cortège tout le complexe symptomatique des grandes infections, pouvant même amener la mort.

En attendant l'évolution, le diagnostic de phagédénisme sur chancre syphilitique fut donc posé. Le phagédénisme était certain, la syphilis, lésion primitive, probable. Presque toujours, sinon toujours, d'ailleurs, la syphilis phagédénique est due à une surinfection, à une association microbienne : car il est douteux que la syphilis, à elle seule, puisse provoquer la gangrène et le phagédénisme, comme le peut faire, ce qu'a montré Roger, un streptocoque autrefois bénin, maintenant exalté. Tout au plus, le spirille de Schaudinn peut-il, par endartérite oblitérante, produire des points gangréneux limités mais non du phagédénisme.

On attendit donc l'échéance des accidents secondaires, et l'on institua le traitement spécifique. Ce traitement prolongé (2) fut sans action. Aucun accident secondaire n'apparut; le phagédénisme continua d'évoluer, l'ulcération primitive nodulaire sur qui s'était greffée l'infection secondaire *n'était donc pas syphilitique. Quelques signes, même avant la fin du délai habituel de la 2^e incubation, permettent de prévoir la non-explosion des accidents secondaires* : le bubon satellite d'un chancre de l'extrémité céphalique s'accompagne toujours, en effet, de l'envahissement progressif et successif des chaînes ganglionnaires du cou dans le sens du courant lymphatique (3); ces tuméfactions ganglionnaires si faciles à suivre dans la région cervicale, ne furent pas senties, le ganglion sous-maxillaire resta seul pris. Et rien que cette constatation permit d'une manière précoce d'éliminer la syphilis.

On pensa à ces faits encore isolés, tous disparates, à étiologie encore incertaine, que faute de mieux on range dans les gangrènes. Trop différents parurent les cas de Wœlsch (*Arch. für Dermat.*,

(1) Collection Fournier, N^{os} 148-149-150-239, syphilides phagédéniques et chancre phagédénique vulvaire horriblement mutilants.

(2) Première série de 20 piqûres de biiodure aqueux, puis 6 piqûres de calomel indolore de Duret, et iodure de potassium jusqu'à 6 grammes.

(3) Cet envahissement traduit l'envahissement progressif de la syphilis, gagnant, de ganglions en ganglions, les embouchures lymphatiques dans les veines; ce déversement dans la circulation générale marque l'explosion secondaire (Fournier, Gaucher et Sabareau).

Bd XXXIX, p. 173), de Janowski et Mourek (*Ibid*, Bd XXXV, p. 359); de Brocq (1) (*Annales Dermat.*, 1900, p. 731).

Différente aussi et très particulière est l'observation d'Hallopeau et Le Damany (*Annales*, 1894, p. 1264) : altérations grangreneuses et nécrotiques multiples unilatérales des muqueuses et de la peau de l'extrémité céphalique, débutant par des papules bientôt transformées en *eschares sèches et noires* recouvrant des ulcérations. Les auteurs pensèrent d'abord à un zona, puis à une trophonévrose (*Annales*, 1894, p. 1349), puis à une infection d'origine inconnue (*Annales* 1895, p. 213 et 292).

L'absence de syphilis, la notion de la fréquence des infections secondaires des lésions péri-buccales, et la dissémination à distance de cette infection, la connaissance du cas de Darier (1808) nous firent éliminer tous ces diagnostics (2) et l'on s'arrêta à l'hypothèse d'une association 1° d'une lésion primitive, tumeur du genre lymphosarcome et proche du cas de Darier (moulage 1808. *Pratique dermat.*, IV, p. 685) ou peut-être infection inconnue; 2° d'une surinfection buccale, phagédénique, ayant, par inoculation exogène, déterminé les pustules ecthymato-phagédéniques à distance.

Il semble que ce diagnostic ait été confirmé: En effet, l'histologie a montré une infiltration lymphadénique, tumeur et lymphadénome pour les uns, résultat d'une infection encore inconnue pour les autres, différence de mots moins contradictoire qu'elle ne paraît, puisque le lymphadénome n'est au fond qu'une expression anatomique, et relève probablement de causes infectieuses diverses. La bactériologie a décelé l'infection de la lèvre, du ganglion suppuré, de l'abcès gauche, des ulcérations phagédéniques des membres, et la clinique a surpris toutes les phases de ce processus ecthymateux et phagédénique.

Donc, en dehors de la syphilis, en présence d'une ulcération phagédénique analogue de la lèvre, il faudra penser au « lymphadénome », et ne pas s'en laisser imposer par la surinfection buccale presque fatale, démêler cette association que sa dissémination fera parfois reconnaître.

(1) Cas de Brocq : gangrène unilatérale de la face à trois poussées successives. Tuméfactions profondes des tissus cutané et sous-cutané avec œdème considérable, mortification en masse des parties centrales de ces tuméfactions, cicatrices chéloïdiennes. Examen bactériologique peu probant (streptocoque). Brocq rappelle un cas mortel de Ausset et Boulogne. Barthélemy émet l'hypothèse d'une gangrène microbienne qu'Hallopeau croit secondaire à une lésion primitivement nerveuse.

(2) Le cyto-diagnostic des frottis de l'ulcération primitive, pouvait-il donner quelques indications? On trouvait des cellules épithéliales, assez rares, environnées de polynucléaires dégénérés, d'assez nombreux polynucléaires disséminés et intacts, et de très nombreux mononucléaires du type lymphocyte réunis en nappe sans mélange de poly, au moins sur la plupart des points. Cette abondance des mono, leur groupement assez spécial en nappe diffuse et serrée, sans mélange en ces points de poly, pourrait-il servir pour le diagnostic d'autres cas semblables?

III

ÉTUDE DE LA LÉSION PRIMITIVE: « LYMPHADÉNOME ». — Obscure est cette question de la lymphadénie cutanée. « Le terme de lymphadénie cutanée est extrêmement vague... les limites précises du cadre sont difficiles à fixer, car elles dépendent de la solution que l'on donne au problème des rapports du mycosis et de la lymphadénie » (Hallopeau et Leredde, p. 902); on comprend d'ordinaire sous ce nom *les lésions cutanées secondaires à une lymphadénie ganglionnaire ou viscérale, avec ou sans leucémie*, et la maladie de Kaposi *lymphodermia perniciosa* qui « s'accompagne d'un état leucémique du sang mais constitue peut-être une affection primitive de la peau et peut être rapprochée du mycosis fongoïde, si celui-ci est réellement une lymphadénie cutanée ».

On ne cite pas de cas de lymphadénome *primitif* de la peau, le nôtre serait donc le premier.

« *En dehors du mycosis, dit Darier, maladie générale lymphadénique, en dehors même de sa forme néoplasique d'emblée décrite par Vidal et Brocq, existe-t-il un lymphadénome primitif de la peau, se comportant comme un néoplasme susceptible de généralisation et qui serait une vraie tumeur ?* »

Les quelques cas que nous avons relevés sont des lymphosarcomes (1) et non des lymphadénomes.

Le cas de Darier était un lymphosarcome ulcéré de la lèvre inférieure (moulage 1808, vitrine 47) survenu chez un homme de 44 ans. La lèvre est éversée, proéminente, la tumeur presque médiane est saillante, exhaussée sur le reste de la lèvre, jaune blanchâtre, à peine mamelonnée. Ses bords nets marqués d'un trait rosé sont sur le même plan que la muqueuse saine environnante. Son centre seul est creusé en une cavité profonde anfractueuse. Cette lésion avait débuté « quelques mois avant par un petit papillome d'aspect banal qui fut excisé et cautérisé. C'est sur la cicatrice opératoire que s'est formée la tumeur sarcomateuse, laquelle a pris rapidement le caractère phagédénique, simulant un chancre syphilitique surinfecté, un épithéliome et même un chancre farcineux ». Les inoculations et cultures montrèrent que la « *surinfection est due aux microorganismes de la bouche* », l'histologie que la tumeur est un lymphosarcome. « Large ablation chirurgicale, autoplastie, guérison. »

Si le cas de Besnier-Darier (1) a de nombreuses ressemblances avec le nôtre, les deux autres cas de Renaut, de Du Castel sont très différents.

Alex. Renaut a publié un cas de lymphosarcome du pied, qui d'une façon précoce s'entoura d'un semis de tumeurs. L'examen histologique fut fait par Darier (*Annales de Dermat.*, 1899, p. 252).

Du Castel (*Bull.*, déc. 1894, p. 546. *Annales*, p. 1369, moulage 52, 1800) présenta à la Société de Dermatologie une ulcération de la face interne de la fesse droite au niveau de la marge de l'anus qu'elle n'atteint pas, longue de 6 centimètres sur 3 de largeur, *très superficielle, sans profondeur*, de couleur plutôt rouge, *à bords festonnés sans hauteur*, non taillés à pic, non décollés.

(1) On voit encore au musée un cas très différent, mais de localisation analogue Vidal, 63-443, sarcome mélanique de la lèvre inférieure.

La suppuration est peu abondante. L'ulcération repose sur une *base indurée* (cartilagineuse) d'un centimètre au moins d'épaisseur, et s'accompagne d'une *masse ganglionnaire inguinale droite compacte*, ligneuse, indolente (ce que l'on a appelé le bubon aggloméré de Bassereau), elle daterait de 4 à 5 mois. Malgré l'absence de *sypphilis secondaire*, on admet le diagnostic de *chancre syphilitique géant*. Deux mois après la malade est représentée (14 févr. 1895. *Annales*, p. 117) : la surface de l'ulcération s'est cicatrisée sur une grande étendue, mais l'induration s'est étendue et a gagné du côté de la grande lèvre. M. Darier, par l'histologie pathologique, rectifie le diagnostic et montre qu'il s'agit d'un *lymphosarcome*. (Description, page 118.)

Rappelant ces trois cas, M. Darier résume (p. 684, IV, *Pratique Dermat.*) les caractères du *lymphosarcome* primitif de la peau. « On l'observe dans les deux sexes, dans l'adolescence à l'âge adulte, de préférence au voisinage des orifices naturels, lèvres, narines, anus, vulve, mais aussi en un point quelconque de l'étendue des téguments. C'est d'abord un petit nodule lenticulaire intradermique rosé ou rouge sombre, qui s'étend en même temps qu'il prend plus d'épaisseur, parfois même d'une dureté cartilagineuse et bien limité sur les bords. A mesure qu'il grandit l'épiderme se détache et tantôt l'érosion reste superficielle, rouge et lisse, tantôt se creuse une *ulcération profonde* qui fouille le néoplasme de cavernes anfractueuses ; il en était ainsi dans le cas n° 1808, peut-être en raison des mouvements incessants de la partie atteinte et des infections septiques secondaires dont on a pu contrôler la réalité. Un trait caractéristique du lymphosarcome, qui le distingue des sarcomes purs, est sa *tendance à envahir les ganglions correspondants* ; l'adénopathie est parfois précoce ; les ganglions sont durs, inégaux, mobiles au début, puis empâtés, conglomérés, forment une masse qui peut devenir énorme et arriver à ulcérer la peau avant que la tumeur initiale ait elle-même pris un développement comparable. »

On voit par cette description si précise, ce qui rapproche ce « lymphadénome » (2460) du lymphosarcome (1808) et ce qui l'en éloigne : L'ulcération de ce « lymphadénome » est aplatie, non saillante, et sans cavité anfractueuse, les bords sont taillés à pic, le fond est blanchâtre, pseudo-membraneux, les ganglions ne sont pas pris. Et l'infection surajoutée n'est pas restée localisée, elle s'est disséminée par grattage un moment sur le reste de la peau, y déterminant des lésions ecthymato-ulcéreuses phagédéniques.

HISTOLOGIE. — La lésion primitive est un « lymphadénome », en n'attachant à ce mot que son sens anatomique, sans rien préjuger de sa nature encore inconnue et probablement infectieuse ; si grande est, en effet, la ressemblance de ces infiltrats lymphoïdes avec les infiltrations cellulaires développées autour de certaines ulcérations de nature infectieuse reconnue.

(Travail du Laboratoire de M. Sabouraud.)

EXAMEN HISTOLOGIQUE PAR M. DOMINICI (1). — La pièce examinée est un fragment de l'une des saillies qui formaient latéralement l'ulcération labiale.

(1) Tout ce chapitre histologique a été écrit sous la dictée de M. Dominici qui voulut bien passer plusieurs jours à l'examen de cette pièce et à sa comparaison avec des coupes de lymphadénomes purs, de lymphosarcomes et de mycosis fongoides. Nous lui adressons nos biens vifs remerciements.

La forme en est cubique, de sorte qu'on peut y distinguer quatre faces. Une face supérieure, deux faces latérales et une inférieure. La face supérieure est recouverte par l'épithélium qui bordait le contour de l'ulcération. Cet épithélium se raccorde en s'atrophiant à la face latérale gauche qui faisait partie de la surface d'érosion. Les deux autres faces ont été découpées dans l'épaisseur du tissu morbide. Suivant le sens vertical on trouve l'épiderme, et toute l'épaisseur des tissus comprise entre celui-ci et le point où les acini des glandes labiales s'épanouissent dans la couche musculaire striée sous-dermique. Nous examinerons en premier lieu les modifications de la moitié droite du fragment biopsié, c'est-à-dire la portion de ce fragment qui est la plus éloignée de la zone ulcérée.

PREMIÈRE PORTION. — Épiderme : L'épiderme est épaissi, les cellules sont hypertrophiées, cette hypertrophie porte sur le noyau, le corps et les filaments d'union. Les espaces intercellulaires sont agrandis, il existe de l'œdème avec migration leucocytaire : exosérose et exocytose de Sabouraud. Les leucocytes en migration sont surtout des mononucléaires et en particulier des mono de petite taille du type lymphocyte. Cette migration est diffuse et les mono ne s'accumulent pas en nids comparables à ceux du mycosis (Darier). Dans les couches supérieures de l'épiderme existe une spongieuse très accentuée, et l'on y trouve de grandes cavités occupées par des plaques de substances d'aspect colloïdal, englobant de rares débris leucocytaires.

Zone papillaire : Les papilles sont très hypertrophiées par un œdème inflammatoire accompagné d'une dilatation considérable des capillaires sanguins et lymphatiques. Les interstices du tissu conjonctif sont très agrandis, ils sont limités à la fois par les travées conjonctives, les fibres élastiques écartées dissociées par l'œdème et par les prolongements anastomotiques des cellules fixes, celles-ci sont fortement hyperplasiées et présentent tous les signes de la réaction inflammatoire franche : leur noyau est agrandi, les travées et grains de chromatine en sont épaissis et leurs nucléoles sont plus volumineux qu'à l'état normal. Leur protoplasma est devenu spongieux trabéculaire et se teinte par les colorants basiques, leurs prolongements anastomotiques sont redevenus nettement visibles, de sorte qu'il existe un réseau formé par les cellules conjonctives intriquées dans le réseau des fibres collagènes et élastiques.

Vaisseaux des papilles : L'endothélium des capillaires lymphatiques et sanguins est tuméfié ainsi que leurs cellules adventitielles. Les cavités des capillaires sanguins sont occupées par des globules rouges et des polynucléaires plus nombreux qu'à l'état normal, quelques polynucléaires sont en migration dans l'épaisseur de la paroi de ces vaisseaux qui prend un aspect fenêtré ; la diapédèse se poursuit jusque dans les interstices du tissu conjonctif. Les vaisseaux lymphatiques contiennent des mononucléaires en proportion assez notable.

Ces mono, parmi lesquels dominent les lymphocytes, migrent dans les interstices conjonctifs des papilles, où ils sont plus nombreux que les poly, mais sans constituer une nappe d'infiltration.

Derme : Dans la couche sous-papillaire et le derme proprement dit se retrouve l'œdème inflammatoire, mais ce processus est à l'arrière-plan du tableau histologique que particularise essentiellement une *infiltration très*

marquée de cellules lymphatiques. Cette infiltration procède par nodules (1) centrés soit par des vaisseaux sanguins et lymphatiques, soit par les conduits excréteurs des glandules labiales. Les cellules qui composent les nodules, rondes ou polygonales, ont le type embryonnaire : noyaux arrondis ou légèrement échancrés, bordure protoplasmique étroite; grains de chromatine centraux volumineux, grains de chromatine périphériques minimes et rapprochés, ce qui les différencie des plasmazellen. La taille de ces cellules embryonnaires est égale à celle des lymphocytes, ou des cellules germinatives de dimension moyenne (2) que l'on peut trouver dans les follicules des ganglions. Ces éléments sont logés dans un stroma conjonctif à travées fines, comparable au stroma réticulé des organes lymphoïdes. Il est à remarquer toutefois que les cellules conjonctives, qui font partie de ce stroma, sont hypertrophiées suivant le mode inflammatoire ci-dessus décrit.

Les vaisseaux sanguins ou lymphatiques qui traversent les nodules embryonnaires sont en réaction inflammatoire; ils sont agrandis, leurs cellules endothéliales tuméfiées et saillantes peuvent même desquamer dans la cavité vasculaire. Les leucocytes y sont plus nombreux que dans les conditions normales, mais il est à remarquer que ces leucocytes sont essentiellement des mononucléaires qui émigrent à travers les parois des vaisseaux, dont le tissu conjonctif prend un aspect réticulé identique à celui du tissu conjonctif environnant : en un mot, les parois de ces vaisseaux sont le siège d'une infiltration lymphatique de même que le tissu conjonctif qui compose le reste du nodule embryonnaire. A la périphérie des nodules embryonnaires quelques-unes des cellules lymphatiques se transforment en plasmazellen. Cette transformation (3) est surtout marquée à la base des papilles et dans la couche sous-papillaire.

Dans les intervalles compris entre les nodules, la lésion dominante est celle de l'œdème inflammatoire. En ces points l'hypertrophie des cellules conjonctives est extrêmement accentuée, tandis que certaines d'entre elles continuent de rester unies par de larges prolongements anastomotiques, d'autres desquament dans les interstices conjonctifs en prenant l'aspect des grands macrophages de Metchnikoff. Mais il est à remarquer que leur fonction phagocytaire s'exerce à peine.

Zone profonde sous-dermique : Les lésions sont identiques à celles que nous venons de décrire, à cette différence près que les nodules embryonnaires sont en partie occupés par des acini glandulaires et que l'infiltration se poursuit entre les fibres musculaires striées de la partie toute inférieure de la préparation. Ces fibres musculaires striées se résorbent par inflammation : multiplication des noyaux, etc.

En somme, les lésions dominantes sont d'une part L'INFILTRATION DE CELLULES

(1) Dans le « lymphadénome-tumeur » l'infiltration est totale, massive, continue, se substituant à tout le tissu normal.

(2) Les noyaux de certains s'incurvent, de même que certains mono du sang et des ganglions, la grosseur de l'élément et le grain de chromatine de chacun des lobes les distinguent des polynucléaires.

(3) Pour devenir plasmazelle, le noyau se contracte, devient excentrique, les grains de chromatine deviennent plus gros et s'ordonnent, à la périphérie du protoplasma se forme une sertissure basophile.

LYMPHATHIQUES BEAUCOUP PLUS MARQUÉE QUE DANS LES INFLAMMATIONS CHRONIQUES ORDINAIRES; d'autre part, INFILTRATION EMBRYONNAIRE COEXISTANT AVEC LA RÉACTION DE L'ŒDÈME INFLAMMATOIRE.

DEUXIÈME PARTIE (moitié gauche de la préparation). ZONE D'ULCÉRATION. — Les réactions du type inflammatoire s'accroissent à mesure que l'on examine des points de la préparation plus rapprochés de la surface d'érosion. Les *polynucléaires*, rares dans la moitié de la préparation, s'y montrent *de plus en plus nombreux*. Les cavités des vaisseaux sanguins sont obstruées par *thrombose* ou par *endovascularite oblitérante*; celle-ci peut même être poussée à son plus haut degré dans les portions les plus rapprochées de l'ulcération. Les parois des vaisseaux sanguins et lymphatiques sont le siège d'une infiltration leucocytaire considérable, mais ici *ces leucocytes sont des polynucléaires*. Enfin, dans la bordure gauche de la préparation, la nécrose se joint au processus inflammatoire. Cette nécrose se caractérise par la dégénérescence fibrinoïde ou mieux nécrose de coagulation des faisceaux conjonctifs, par la plasmolyse et karyolyse des cellules fixes, des polyet mononucléaires. Il est à remarquer que les phénomènes de phagocytose sont très peu marqués, la dégénérescence est donc ici un phénomène extracellulaire. L'épiderme participe à ce processus, de sorte qu'à la limite des deux faces supérieure et latérale gauche, il est en désintégration, réduit à l'état d'*eschare mince*.

DISCUSSION. — Étant données l'infiltration lymphoïde massive, la situation des cellules lymphatiques dans un tissu conjonctif réticulé, il semblerait que le processus anatomo-pathologique fût une tumeur du genre lymphadénome ou lymphosarcome.

D'autre part, la coexistence de réactions inflammatoires extrêmement nettes permet de supposer que l'infiltration embryonnaire ne ressortit pas au processus de tumeurs mais à une inflammation.

La néoplasie est-elle un lymphadénome ?

— Nous devons éliminer le LYMPHADÉNOME PUR, car celui-ci *exclut toute réaction inflammatoire* : dans un lymphadénome pur, le *tissu conjonctif est complètement infiltré* par des cellules rondes isomorphes persistant à l'état embryonnaire. Ces cellules écartent les fibres et cellules conjonctives, dissocient les parois vasculaires, pénètrent sous l'endothélium même des vaisseaux sans qu'il y ait la moindre réaction inflammatoire du tissu conjonctif ou des parois vasculaires. Les cellules embryonnaires *ne se transforment pas en plasmazellen*, il n'y a ni production d'exsudat inflammatoire, ni diapédèse de polynucléaires, ni thrombose vasculaire.

— La néoplasie n'est pas MYCOSIQUE. Dans le mycosis, on peut trouver de l'*hypertrophie des cellules conjonctives*, mais non l'*hypertrophie inflammatoire* : leurs noyaux et leurs corps restent pâles et le protoplasma reste acidophile.

En dehors des points où l'infiltration embryonnaire atteint son maximum, les *faisceaux conjonctifs ne sont pas dissociés* par l'œdème.

Bien plus, ils sont *épaissis*, de sorte que dans les papilles, les interstices conjonctifs sont plus réduits que normalement. L'endothélium des vaisseaux est tuméfié et les *parois vasculaires* peuvent être *épaissies*, mais elles ne sont *pas pénétrées et dissociées par la diapédèse* leucocytaire. Là où l'infiltration embryonnaire est développée au maximum, le tissu conjonctif prend un aspect réticulé, *les travées du réticulum sont formées non seulement par les fibrilles collagènes, mais aussi par les prolongements anastomotiques des cellules conjonctives* ; mais celles-ci restent petites, leur noyau est pâle, leur corps est grêle, elles sont absolument *le type des cellules du réticulum lymphoïde des follicules ganglionnaires normaux*.

La part des cellules conjonctives dans l'infiltrat est considérable. Les cellules embryonnaires du mycosis prennent en grand nombre la *conformation de petites plasmazellen*, ayant un aspect spécial : elles sont très petites et les grains de chromatine périphériques du noyau sont peu développés, le protoplasma est peu basophile ; certaines des cellules embryonnaires se *transforment directement en mastzellen* par élaboration intraprotoplasmique de granulations γ et même en *éosinophiles* par formation de granulations α , allongeant leur noyau qui bourgeonne pour devenir bilobé et trilobé.

Enfin, dans le mycosis, l'*épiderme* est occupé par les *nids de Darier*, cavités arrondies logeant de nombreux mononucléaires, dont certains sont en division indirecte. Cette *mitose* de cellules lymphatiques, si fréquentes dans les tumeurs lymphadéniques, est très peu marquée dans notre cas.

— *La néoplasie n'est pas un LYMPHOSARCOME ?*

Et cependant, on pourrait le supposer, puisque dans le lymphosarcome (comme dans notre cas), on trouve une réaction marquée des cellules conjonctives accompagnant l'infiltration lymphocytaire.

Nous distinguons deux types de lymphosarcome :

1^{er} TYPE OU INFLAMMATOIRE. — Dans le lymphosarcome, les *cellules conjonctives grandissent dans toutes leurs parties* : corps, prolongements anastomotiques, noyau, charpente chromatinienne, grains et travées.

Le protoplasma du corps et des prolongements devient spongieux et basophile ; avec *cette hypertrophie du protoplasma, coïncide une résorption partielle du tissu collagène*, les *fibres élastiques disparaissent* (Darier), les cellules conjonctives anastomosées et le reste du tissu collagène limitent des aréoles occupées par les cellules lymphatiques. Les cellules conjonctives turgescents peuvent desquamer dans les interstices, comme dans les processus inflammatoires. Mais certaines de ces cellules prennent un aspect différent du tableau caractéristique de l'inflammation ordinaire, elles acquièrent le *type sarcomateux* : le corps et le noyau de certaines d'entre elles

deviennent énormes : les grains de chromatine et les nucléoles prennent des proportions monstrueuses, les noyaux se lobent de façon que certains deviennent géants et à noyau bourgeonnant. Enfin la *chromatine dégénère* suivant le processus habituel des tumeurs malignes. Les *karyokinèses multipolaires* sont fréquentes. On voit très souvent les *cellules embryonnaires se transformer en leucocytes éosinophiles*, leur noyau se lobe et leur corps se charge de granulations.

Dans notre cas, les réactions des cellules conjonctives sont celles de l'inflammation ordinaire et les cellules lymphatiques ne subissent pas la transformation éosinophile.

2^e TYPE A CHARPENTE SARCOMATEUSE. — Nous ne le citons que pour l'éliminer, car il est caractérisé par la formation de travées épaisses, de cellules sarcomateuses fusiformes logeant dans leurs aréoles des cellules lymphatiques.

Si cette néoplasie lymphoïde n'est ni un lymphadénome pur, ni un lymphosarcome, nous devons l'assimiler à ces infiltrations embryonnaires qui se produisent au cours de certaines inflammations (Darier). Nous devons, en un mot, assimiler ces infiltrats lymphatiques aux nodules embryonnaires des syphilides, de la tuberculose, etc. (1).

C'est là la restriction apportée par M. Darier ; nos opinions, à ce sujet, s'accordent complètement avec celles de M. Darier. C'est pourquoi nous avons cherché, sans y arriver, à déterminer la nature de cette inflammation : elle n'est comparable à aucune des inflammations connues : syphilis, morve, tuberculose, etc...

Nous sommes donc en présence de *deux solutions* : ou bien le *processus est exclusivement inflammatoire et ressortit à une infection de nature inconnue capable d'amener une infiltration embryonnaire extrêmement développée* : LYMPHADÉROME-RÉACTION ; ou bien, il s'agit d'une *tumeur lymphadénique, d'une infiltration lymphoïde primitive, modifiée par une infection secondaire buccale qui en dénature les réactions histologiques en y ajoutant les lésions de l'œdème inflammatoire* (2), LYMPHADÉROME-TUMEUR INFECTÉ.

(1) A titre d'exemple je citerai ce qui se passe au cours du processus histologique de la tuberculose : certains follicules tuberculeux sont entourés d'une couronne de cellules embryonnaires logées dans un stroma conjonctif réticulé. L'extension du tubercule se fait, pour ainsi dire, par l'accroissement d'un tissu à cellules géantes et épithélioïdes, se substituant à un tissu comparable à celui des ganglions lymphatiques. On peut donc assimiler la gaine lymphoïde de certains tubercules à un tissu lymphadénique de réaction secondaire (Dominici et R. Duval. Congrès tub., 1905).

(2) L'apparition des phénomènes de réaction inflammatoire (conjonctivo-vasculaire et leucocytose polynucléaire), absents ou peu marqués dans les couches profondes, leur augmentation à mesure que l'on se rapproche de la surface d'ulcération infectée, en sembleraient les meilleures preuves.

Pour nous conformer aux données classiques, nous admettrons que cette lésion est un *lymphadénome*, parce que nous n'avons trouvé aucune des modifications histologiques permettant d'en rapporter le processus à une infection connue. *Il se pourrait que des infections, encore mal déterminées, fussent capables de provoquer une réaction inflammatoire accompagnée d'une néoplasie lymphoïde exubérante.*

En résumé :

LE DIAGNOSTIC DE LYMPHADÉNOME EST PUREMENT HISTOPATHOLOGIQUE et nous faisons toute réserve de SIGNIFICATION ÉTIOLOGIQUE que l'étude de cas similaires permettra de résoudre.

IV. — Étude de l'INFECTION PHAGÉDÉNIQUE SECONDAIRE et de sa DISSÉMINATION ECTHYMATO-ULCÉREUSE.

1° — LÈVRE INFÉRIEURE : De même que toutes les lésions buccales et péribucales, l'ulcération de la lèvre inférieure fut dès le début infectée. Les microbes saprophytes de la bouche, auparavant inoffensifs, pullulèrent sur cette ulcération et exaltèrent leur virulence. Cette infection est polymicrobienne et comprend les très nombreuses espèces de la bouche pathologique. Sur lames, on trouvait au milieu des cellules épithéliales des poly et de nombreux mono, une grande quantité de cocci et bacilles : bacilles petits et fins peu chromatophiles ne prenant pas le Gram, gros bacilles courts et renflés, quelques gros diplococoques et tétragènes; quelques rares grappes de staphylocoques et de courtes chaînettes de streptocoques, çà et là des filaments mycéliens de leptothrix. Mais l'espèce prédominante était un diplocoque, prenant le Gram, souvent réuni soit en chaînette de trois à six doubles grains, soit en petites grappes. Les deux grains en sont aplatis et rappellent la forme de division d'un streptocoque jeune. Cette même espèce fut retrouvée dans les autres ulcérations, ganglionnaire, labiale supérieure et des membres, et surtout dans le pus des abcès non ouverts, ganglionnaire droit et mentonnier gauche, et dans les vésico-pustules fermées des membres. Sur les coupes, ce diplocoque est très abondant à la surface de l'épithélium et sur le bord de l'ulcération dans la zone de nécrose superficielle, il est le seul germe microbien qu'on y puisse déceler; jamais nous ne l'avons vu pénétrer à l'intérieur même des tissus.

La culture a permis d'isoler plusieurs des espèces : colonies épaisses blanches visqueuses d'un gros bacille, quelques colonies de staphylocoque blanc vulgaire, de streptocoques, une de staphylocoque citréus, et surtout les petites colonies rondes blanches, humides sur gélose du diplocoque. Sur pomme de terre en vieillissant ces colonies tendent à jaunir, ce diplocoque trouble le bouillon et ses flocons tombent au fond. Sur les cultures vieilles il a tendance très manifeste à se grouper en staphylocoques. Ce ne serait donc peut-être qu'une variété de staphylocoque.

L'inoculation totale du grattage de cette ulcération de la lèvre inférieure, dans le péritoine du cobaye mâle, a été négative. L'inoculation du diplocoque isolée a été plus active, amenant la production d'abcès sous-cutanés, le cobaye survivant. Les cultures des gros bacilles sont avirulentes.

De cette infection secondaire polymicrobienne et buccale, il est probable que le *diplocoque* avait la plus large part, la dissémination à distance semble bien le prouver.

Quel a été le rôle de cette infection secondaire dans le phagédénisme du lymphadénome? Son rôle a été évident, la preuve n'est que, inoculée aux membres, cette infection a déterminé du phagédénisme. Mais seul, sans infection, le lymphadénome a-t-il tendance à s'ulcérer? cette tendance existe mais elle est minime. En effet, Dominici fait remarquer la présence à l'intérieur des lymphadénomes, de foyers de nécrose, aux points les plus éloignés des vaisseaux, particulièrement près de l'épiderme. Ces foyers de nécrose peuvent provoquer l'ulcération; mais sans infection phagédénique, jamais l'ulcération n'aurait fait de tels progrès.

Ganglions et abcès : L'infection diplococcique envahit les voies lymphatiques et provoque un abcès et une adénite suppurée. Le pus de la ponction avant ouverture contient de nombreux poly, presque tous en dégénérescence, quelques rares diplocoques. La culture ne donne que ce diplocoque. L'inoculation de 2 centimètres cubes dans le péritoine du cobaye est négative.

2° — PUSTULES ECTHYMATO-ULCÉREUSES PHAGÉDÉNIQUES DES MEMBRES. — Disséminée par grattage (inoculation exogène) cette infection buccale a essaimé des pustules d'ecthyma phagédénique.

Si cette affection n'est pas rare chez l'enfant, on en compte les exemples chez l'adulte. Chez l'enfant, elle appartient au même groupe que la varicella gangrenosa de Hutchinson, ou gangrène infectieuse disséminée des enfants, dénommée encore ecthyma térébrant gangreneux ou mieux phagédénique, étudiée par Hutinel et ses élèves Caillard (thèse 1896) et Charmoy (thèse 1890). Gastou et Canuet en ont publié un cas (*Annales*, 1896, p. 597) sous le nom de dermatite pustulo-ulcéreuse généralisée, *staphylococcie cutanée gangreneuse à poussées successives*, débutant histologiquement par de la folliculite. Au moment d'une poussée aiguë, on peut suivre le développement : vésico-pustule qui se recouvre d'une pseudo-membrane blanche qui tombant laisse une ulcération tout à fait semblable au chancre mou (Fournier). Cet enfant de 2 ans et demi avait ainsi sur le dos une cinquantaine d'ulcérations parfois confluentes. Il était auparavant en état de streptococcie cutanée et muqueuse : rhinite et stomatite, conjonctivite et blépharite, impétigo. L'état général ne fut pas touché et l'enfant guérit. Contrairement à ces auteurs, le Pr Malcolm Morris en fit une varicella gangrenosa de Hutchinson et Feulard des ulcérations post-impétigineuses.

Plus proche peut-être encore serait le cas de Rotter (*Dermat. Zeitschrift* 1895, Bd II, Heft 4) observé sur un adulte, homme jeune et vigoureux. On voit se développer successivement sur la jambe, la cuisse et les organes génitaux des pustules suivies d'ulcérations gangreneuses se cicatrisant en trois semaines. Guérison en six mois. Dans le pus des ulcérations, Rotter trouva un bacille spécial qu'il put isoler, cultiver et inoculer aux animaux, il le désigne sous le nom de : *bacille pustulo-gangrenescens*.

Dans notre cas, même évolution des ulcérations à distance qui ne sont que le reste de pustules reconnues ou passées inaperçues.

1^{er} jour, papule rouge; 2^e jour, vésicule; du 2^e au 5^e jour, pustulation, accroissement et ombilication de la vésicule; l'ulcération existe déjà au-

dessous de squame-croûte; dessiccation en 12 jours, laissant apparaître l'ulcération phagédénique; réparation extrêmement lente; cicatrisation vers le 40^e jour.

Une biopsie faite sur le bord d'une de ces lésions ulcéreuses développée à la place du ganglion sous-maxillaire suppuré a montré un processus analogue :

C'est l'évolution clinique et les lésions anatomiques d'un ecthyma un peu particulier, ulcéreux et phagédénique.

HISTOLOGIE DES LÉSIONS ULCÉREUSES SECONDAIRES (ulcère ecthymateux). — *Travail du laboratoire de M. Sabouraud.* — (Biopsie du bord abrupt de l'ulcération sous-maxillaire. Fixation iodochlorure de Dominici. — Coloration éosine-orange, bleu de toluidine. Bleu Van Gieson; Ziehl bleu. Bleu avec fixation au molybdate d'ammoniaque. Gram).

L'épiderme atteint le bord même de l'ulcération, restant presque intact. Les lésions dermiques atteignent tout le derme mais ayant leur maximum sur le bord de l'ulcération, et dans la profondeur.

Épiderme. — L'épiderme est normal jusqu'au bord presque de l'ulcération, arrêté net comme par une section. A peine deux ou trois papilles avant la brusque incision qui marque l'ulcération, voit-on la leucocytose normale intra-épidermique s'accroître. Brusquement (espace de 2 papilles) au bord même de l'ulcération sur lequel il recroqueville ses débris, il est profondément atteint et s'amincit. Les cellules de la germinative et du corps muqueux sont dissociées par l'œdème intercellulaire et la polynucléose intense, sans que la plupart du temps les filaments intercellulaires soient rompus. Les cellules épithéliales sont lésées, déformées, atrophiées, ne réagissant pas. Elles disparaissent bientôt, ne laissant plus que la couche cornée, sans doute plus résistante.

Derme. — Les lésions sont intenses, plus prononcées encore dans les couches profondes, s'étendant même au-dessous d'un épiderme intact et du derme superficiel à peine touché; le processus inflammatoire et destructif se passe donc en profondeur, il mine au-dessous du derme superficiel et de l'épiderme, lésés et détruits secondairement par contre-coup.

Du bord de l'ulcération et à sa partie profonde, où les lésions sont au maximum, on peut reconnaître quatre zones à transitions insensibles.

1^o Zone étroite, *nécrose acidophile amorphe et granuleuse*, où l'on reconnaît des polynucléaires dégénérés, des débris de fibrine, et quelques diplocoques.

2^o Zone plus large *fibrineuse et leucocytaire*. Réseau fibrineux très serré à mailles et à travées très inégales et très irrégulières donnant une bande violet foncé (Gram, Weigert) (1). Polynucléaires très nombreux, serrés, logés dans les mailles du réseau fibrineux, presque tous en pyknose et réduits, surtout dans les couches proches de la zone nécrosée, à l'état de « tangible körper ». (C'est le reste de la fausse membrane de Rayet dans l'ecthyma vulgaire.)

3^o Zone d'*infiltration cellulaire*, très dense d'abord, puis de plus en plus lâche, diffuse sans distribution périvasculaire ou périannexielle nette. D'abord

(1) Au Gram ce réseau revêt en certains points un aspect pseudo-parasitaire vraiment particulier.

polynucléaires nombreux mêlés à des mononucléaires moyens et petits et quelques macrophages; puis rapidement prédominance des mononucléaires gros et moyens, diminution des lymphocytes et des poly, apparition des cellules conjonctives en réaction à noyau plus foncé, plus riche en grains de chromatine, à nucléole plus gros, à protoplasma plus dense, granuleux et basophile, à prolongements plus visibles, œdème, écartement des faisceaux conjonctifs.

4^e Zone de transition entre le derme normal et l'infiltration cellulaire se prolongeant jusqu'aux papilles. Derme à faisceaux conjonctifs tuméfiés et dissociés, à réseau élastique presque intact, ça et là des poly, quelques mononucléaires, d'exceptionnels plasmazellen, 1 matzelle, 2 éosinophiles et surtout réaction des cellules conjonctives tuméfiées conservant et hypertrophiant leurs prolongements protoplasmiques.

Dans les zones d'infiltration, d'exsudat fibrineux et de nécrose, les vaisseaux sont thrombosés, méconnaissables; dans la zone de transition, presque intacts, dilatés et congestionnés, sans autres lésions que la tuméfaction des cellules conjonctives de leur périthélium. Les annexes épidermiques, follicules pilo-sébacés, glandes, plongent par leur partie profonde dans l'infiltrat qui mine le derme, et y restent presque intacts.

Les colorations microbiennes ne montrent que de rares diplocoques et dans la zone nécrosée et fibrineuse seule (reste de la fausse membrane de Rayer). Ils paraissent donc se confiner en surface, ce qui est la règle dans l'ecthyma.

Le processus clinique et anatomique ecthymato-ulcéreux une fois déterminé, restait à reconnaître l'espèce ou les espèces microbiennes causes de ce phagédénisme aux membres.

Déjà les examens sur lames montraient au foyer primitif labial et dans les ulcérations de nombreux diplocoques, associés il est vrai à d'autres espèces cocciennes et bactériennes. Sur les coupes les diplocoques pullulaient en surface à l'état de pureté, mais sans jamais pénétrer à l'intérieur des tissus. La culture de ces produits purs (vésicules non ouvertes), ou impurs (ulcérations) permet de reconnaître ce diplocoque.

C'est comme à la lèvre inférieure un diplocoque analogue à la figure de division d'un streptocoque jeune, mais isolé, rarement groupé en courtes chaînettes, quelquefois sur les cultures en grappes staphylococciques.

La présence de ce diplocoque à l'état de pureté dans les vésico-pustules fermées nous fait penser qu'il est la cause de ce processus ecthymato-ulcéreux au moins débutant.

A lui seul est-il assez virulent pour provoquer le phagédénisme? ou lui faut-il l'aide d'autres espèces que l'on retrouve avec lui dans les ulcérations ouvertes, nous n'avons pu trancher ce point car l'inoculation à la peau du cobaye de ce diplocoque n'a produit que des lésions ulcéreuses non phagédéniques (1) de peu de durée, ou des abcès sous-cutanés; l'association d'autres espèces isolées à la lèvre et retrouvées dans les lésions ecthymateuses des membres n'a pas donné de résultats plus probants.

(1) La reproduction expérimentale de l'ecthyma, facile sur la peau humaine, est très difficile sur le cobaye.

Conclusions :

Cette observation semble le premier cas de lymphadénome primitif de la peau. Elle nous a permis d'apporter quelques faits nouveaux à l'étude des lymphadénomes et du phagédénisme.

A la lèvre inférieure, il semble exister un lymphadénome primitif, débutant par un nodule bientôt ulcéré, l'infection buccale polymicrobienne s'y greffe presque fatalement et parfois détermine le phagédénisme. Ce cas est le type de cette association, lymphadénome et surinfection buccale phagédénique, chacun de ces deux termes modifiant l'autre, l'infection contribuant, pour la plus large part, au phagédénisme, le lymphadénome entretenant cette infection.

Cette lésion mixte est d'aspect très spécial : ulcération déprimée et plate non saillante, non anfractueuse ; phagédénisme en surface, ne décollant pas les tissus, ne créant pas de clapiers anfractueux et profonds ; accroissement par destruction insidieuse, sans eschare ni suppuration ; fond pseudo-membraneux blanchâtre, à peine suintant, recouvrant des bourgeons charnus, pâles, saignants ; bords nets à pic rouges sur la tranche, sans auréole inflammatoire, et sans réaction marquée autour ; pas de retentissement ganglionnaire, ni leucémie ; intoxication générale (fièvre et albuminurie).

Ce lymphadénome se caractérise par une infiltration nodulaire lymphatique dans un stroma conjonctif en réaction inflammatoire. Si la lésion anatomique de lymphadénome est indiscutable, la réserve étiologique (Darier) s'impose, car des infections connues (tuberculose) provoquent autour de leurs néoplasies spécifiques les mêmes lésions.

Ce sont ces cas intermédiaires qui soulèvent les questions si intéressantes de l'origine infectieuse des réactions du tissu conjonctif à ses divers âges, considérées comme tumeurs, et qui permettent d'arriver à une conception plus claire de la série des tumeurs lympho-conjonctives.

La surinfection buccale reste quelquefois localisée, elle peut envahir les ganglions et les lymphatiques, et, disséminée sur les membres, produire les lésions si particulières de l'ecthyma ulcéreux phagédénique. Alors que l'infection du foyer primitif est polymicrobienne, l'infection ecthymateuse semble monomicrobienne et due à une variété de diplostaphylocoque.

M. A. FOURNIER. — Je voudrais, si j'étais atteint moi-même de pareille lésion, que le traitement antisypilitique me fût appliqué jusqu'à son extrême limite, et je ne l'abandonnerais qu'alors, s'il n'avait rien donné. La syphilis, en effet, me semble être la cause la plus probable de cette ulcération.

M. DE BEURMANN. — Le traitement poursuivi avec insistance n'a rien donné

jusqu'ici, mais le malade étant albuminurique il faut peut-être faire quelques réserves quant à la possibilité d'un traitement beaucoup plus intense.

M. DANLOS. — L'albuminurie, sans autres symptômes que la présence dans l'urine d'une quantité d'albumine qui peut d'ailleurs être énorme, n'est pas aggravée par le traitement. Un de mes malades, qui perdait journellement 12 grammes d'albumine, supportait le calomel sans en être incommodé.

M. LEREDDE. — L'élimination du chlorure de sodium permet de juger mieux la valeur du filtre rénal que l'albuminurie.

M. HALLOPEAU. — En outre du traitement interne, il eût fallu panser l'ulcération avec un topique mercuriel.

M. AL. RENAULT. — A-t-on donné l'iodure ?

M. DE BEURMANN. — L'iodure a été donné très longtemps à forte dose sans résultat.

M. A. FOURNIER. — Il y a lieu de continuer le traitement spécifique.

**Sur un *nævus* systématisé acnéiforme du membre inférieur
avec *loci minoris resistentiæ*.**

Par MM. HALLOPEAU et ROY.

Les principales localisations de ce *nævus* sont les mêmes qui ont été, à diverses reprises, signalées par nous dans les Bulletins de la Société : nous y rencontrons les mêmes difficultés d'interprétation ; si nous croyons devoir présenter cette enfant, c'est surtout en raison des lésions secondaires insolites qui se sont manifestées dans le territoire des *nævi*.

Son observation peut être résumée ainsi qu'il suit :

La nommée Germaine Sa..., âgée de 3 ans 1/2, entrée le 15 janvier 1906, salle Lugol (enfants), lit n° 39.

La maladie a débuté à l'âge de deux mois, au niveau de la face plantaire du petit orteil, par un soulèvement épidermique avec croûtes volumineuses que sa mère compare à des brûlures; ces altérations ont envahi progressivement dans les mois suivants toute la hauteur de la jambe.

Actuellement, à la fesse, s'étend transversalement, sur une longueur de 4 centimètres à partir de la ligne médiane, une traînée éruptive de 8 millimètres de hauteur; elle est constituée par des saillies papuleuses, résistantes au toucher, de coloration rosée, d'aspect pour la plupart lichénoïde : quelques-unes sont surmontées de concrétions squameuses, qui ne sont autres que des comédons faciles à énucléer par la pression.

Plus en dehors, après un intervalle de peau saine, une autre traînée éruptive descend obliquement sur la partie externe de la cuisse, puis, en s'incur-

vant, sur la partie antérieure du genou, la partie antérieure de la jambe et enfin la plante du pied.

Il n'y a pas d'intervalles de peau saine sur tout ce trajet; partout, la peau y est plus ou moins altérée. La largeur de cette bande varie de 5 à 6 millimètres en haut de la cuisse à 2 ou 3 centimètres sur la partie antérieure de cette région, ainsi qu'à la jambe et au cou-de-pied.

Dans la région lombaire, au-dessus de l'arc indiqué précédemment, se trouve un placard éruptif mesurant environ 3 centimètres sur 2 centimètres, d'une coloration rouge pâle; on en fait sortir des petits prolongements comédoniens; il y a en outre quelques croûtelles. Des croûtes volumineuses, vestiges d'altérations intercurrentes survenues dans ces derniers temps, se voient à la partie antéro-interne de la cuisse, du genou, du cou-de-pied. Dans ces régions, la coloration rouge devient vive, on trouve aussi des squames ou des croûtelles. Ces dernières parties sont exemptes de comédons. Par places, la pression produit un léger suintement séreux. Au niveau du genou, les éléments sont distribués suivant une courbe irrégulièrement elliptique.

La trainée descendante se continue inférieurement sur tout le bord interne du pied avec épaissement corné en série linéaire, depuis une verticale passant par la partie postérieure de la malléole jusqu'au gros orteil. Cette bande est indurée; elle forme une saillie de plusieurs millimètres de hauteur, d'un aspect corné; sa coloration est d'un jaune rougeâtre; son diamètre varie de 6 à 12 millimètres. On y voit un grand nombre de dépressions ponctiformes, dont on peut aisément faire sortir des prolongements comédoniens.

A la partie interne du pied, on retrouve la même bande linéaire suivant toute la longueur de cette région avec des caractères identiques. Elle se continue en dehors avec une plaque d'une coloration d'un rouge pâle où l'épiderme aminci desquame en larges lambeaux. Elle est limitée en dedans par un épaissement corné considérable qui s'étend d'avant en arrière sur l'union des 2/3 internes avec les 3/5 externes de la région plantaire et y forme un relief de 5 millimètres sur une largeur de 5 ou 6 millimètres; le même aspect corné se prononce jusqu'au niveau des articulations des deuxième et troisième orteils.

Notons enfin, en arrière de l'articulation du petit orteil, sur le dos du pied, une croûte de formation récente. Les trois derniers espaces interdigitaux sont exoriés.

Chez cette jeune fille, comme chez nos autres malades atteints de nævi systématisés du membre inférieur, il y a continuité entre les diverses localisations des lésions dans toute la hauteur du membre et la portion contiguë de la cuisse.

Nous rappellerons que trois théories principales ont été formulées par nous relativement à ces localisations.

On peut se demander: 1° s'il s'agit de troubles localisés à des sphères de distribution nerveuse; 2° si, comme nous l'avons admis pour plusieurs de ces nævi, les altérations n'occupent pas au contraire les confins de territoires nerveux voisins, régions où les actions tro-

phiques provenant des anastomoses des deux nerfs viendraient s'accumuler ; 3° si l'on n'aurait pas affaire à des troubles de développement indépendants de l'origine nerveuse.

L'étude de cette malade à ces différents points de vue ne nous a pas donné de résultats décisifs : si certaines localisations, par exemple celle de la partie interne du pied, semblent d'accord avec l'hypothèse d'une altération dans la sphère de distribution d'une branche nerveuse, d'autres seraient plus favorables à notre doctrine des confins, et d'autres enfin ne semblent susceptibles de recevoir ni l'une, ni l'autre de ces interprétations : peut-être arrivera-t-on à une solution avec la notion des métamères de Brissaud.

Le fait sur lequel nous désirons surtout appeler l'attention, c'est la production récente de lésions inflammatoires, érythémateuses, eczématiformes et suintantes, dans la sphère de distribution des *nævi* et non ailleurs : il semble bien que *les parties affectées par ce trouble de développement aient offert ici un locus minoris resistentiæ à des causes probablement banales ; c'est là un fait qui, à notre connaissance, n'avait pas encore été signalé.*

Nous avons vu, dans notre description, que les lésions élémentaires étaient en partie localisées dans les glandes pilo-sébacées, que l'on pouvait en extraire un prolongement comédonien et que, par conséquent, ces altérations se rapprochaient de celle de l'acné cornée ; c'est encore là une particularité intéressante, car, dans nos observations antérieures, c'est le plus souvent sous la forme de lichen que ces *nævi* se sont surtout présentés à l'observation.

Syphilides tertiaires avec éléphantiasis des organes génitaux et glossite hypertrophique.

Par MM. BALZER et DESHAYES.

Le malade que nous présentons n'est pas un inconnu pour la Société : M. J..., 57 ans, a déjà fait l'objet de deux communications ; en 1898, par MM. Emery et Glantenay et, en 1903, par M. Hallopeau ; la première fois, pour un éléphantiasis des organes génitaux ; la seconde, pour une syphilide tuberculeuse en nappe ; les deux lésions ont d'ailleurs été moulées au Musée. Si nous présentons de nouveau ce malade, c'est parce qu'il est actuellement porteur de lésions plus récentes et intéressant d'autres points.

Rappelons d'abord très brièvement son histoire :

La syphilis a débuté il y a environ 33 ans par un chancre de la verge qui a été soigné quelques mois par les pilules.

Il y a 10 ans apparurent les premières syphilides tuberculeuses, d'abord sur la jambe gauche, puis sur la droite. En même temps le prépuce et le

fourreau de la verge devinrent assez rapidement œdémateux, début de l'éléphantiasis qui du fourreau atteignit ensuite le scrotum et persiste encore à l'heure actuelle avec de fortes dimensions.

Notons en passant qu'il y a deux ans le malade, étant à Saint-Louis, eut à la cuisse droite un érysipèle qui effaça une partie de sa syphilide tuberculeuse.

Enfin, l'année dernière, de nouvelles lésions scléreuses se déclarèrent à la langue.

Actuellement, l'éruption tuberculeuse recouvre toute la partie antérieure et externe de la cuisse droite ; après une légère interruption au genou, elle reprend sur la partie externe de la jambe jusqu'à la malléole externe ; sa surface est rude et chagrinée, avec de grosses papules irrégulières ; sa couleur rouge assez vif devient rapidement violacée dans la station debout ; enfin ses bords légèrement relevés et polycycliques en font le type le plus net de la syphilide tuberculeuse serpigineuse. La peau n'est ulcérée qu'en un seul point très peu étendu, au bas de la jambe.

Nous retrouvons des plaques analogues dans l'aisselle droite, où le point d'appel a peut-être été, l'année dernière, la présence d'abcès tubéreux, et sur l'avant-bras droit, au bord cubital.

Aux organes génitaux, on constate la présence d'un œdème scléreux chronique, réductible dans une certaine mesure, et gardant l'empreinte du doigt.

Il est plus dur sur le prépuce dont la partie inférieure nettement éléphantiasique se recourbe, cachant complètement le gland.

Le scrotum est pris dans toute son étendue ; les lésions n'ont d'ailleurs pas augmenté depuis la présentation du malade en 1898, comme on peut le constater par l'examen du moulage qui a été déposé au Musée. Toutefois on peut constater que l'évolution des lésions continue et que le malade présente des syphilides tuberculeuses au périnée, actuellement encore en évolution.

Les ganglions inguinaux, qui n'étaient pas engorgés à cette époque, sont encore aujourd'hui absolument indemnes.

La nature syphilitique de cette lésion avait été admise tout d'abord sous réserve, mais en 1903 M. Hallopeau émit l'hypothèse d'une infection par la filaire du sang ; cette supposition s'appuyait sur ce fait que le malade a séjourné à diverses reprises et pendant des années dans les pays tropicaux les plus divers ; mais l'embryon de la filaire ne put être retrouvé. Nous avons fait de nouveau cette recherche sans succès.

Ce qui frappe d'emblée, en examinant ce malade, c'est que partout où se montrent chez lui des manifestations de la syphilis tertiaire, elles offrent une tendance manifeste à la sclérose, et à une sclérose hypertrophique, éléphantiasique. La résistance des lésions au traitement est très accusée ; à diverses reprises, cet homme est entré dans les services de l'hôpital Saint-Louis et a été soigné par MM. Fournier, Hallopeau, Danlos. Les traitements ont été énergiques, mais ne parvenaient qu'à ralentir la progression des lésions cutanées ; il est vrai que, sorti de l'hôpital, le malade ne se traitait plus.

C'est la syphilide tuberculeuse qui paraît avoir été, en quelque

sorte, l'artisan de la sclérose cutanée; son action est encore manifeste à l'heure actuelle sur le scrotum et le périnée, c'est pendant son évolution que la sclérose éléphantiasique s'établit. Mais il est à noter que cette sclérose éléphantiasique ne s'installe que dans les points où la syphilide tuberculeuse a pris une grande extension et qui sont d'ordinaire le siège de prédilection de l'éléphantiasis (1): membre inférieur, scrotum, prépuce et fourreau de la verge. Une localisation nouvelle évolue depuis un peu plus d'un an sur la muqueuse buccale, et surtout sur la langue. Là encore, nous croyons que le processus de la glossite scléreuse hypertrophique est analogue à celui de la syphilide tuberculeuse, bien que les éléments de celle-ci ne soient pas démontrables.

Il convient de considérer comme une particularité propre à certaines syphilis, cette propriété de provoquer le développement de la sclérose sur un certain nombre d'organes déterminés. Ces syphilis tertiaires sclérogènes agissent du côté de la peau comme du côté des viscères, et la résistance au traitement est un caractère que l'on retrouve dans les milieux cutanés comme dans les scléroses viscérales. L'action résolutive de l'iode et du mercure ne peut plus librement s'exercer sur les infiltrations cellulaires à cause des épaississements scléreux des parois vasculaires qui, en outre, entravent le passage des phagocytes.

Contribution à l'étude des syphilides secondaires tardives, de l'érythème péri-buccal secundo-tertiaire et de l'érythème tertiaire.

Par MM. BALZER et DESHAYES.

M^{me} M..., âgée de 44 ans, est atteinte de syphilis depuis 25 ans environ. La maladie aurait débuté peu de temps après son mariage, et elle dit savoir que son mari était certainement spécifique. Elle se souvient seulement d'avoir eu des lésions vulvaires qui durèrent environ deux mois, pas d'accidents cutanés, ni bucco-pharyngés. Elle fut traitée par l'iodure de potassium et par l'ingestion d'un certain nombre de pilules.

En somme, sa syphilis a été bénigne et traitée pendant peu de temps. Depuis la première année elle n'a eu aucun accident et n'a suivi aucun traitement. Il y a quelques années elle a subi une opération grave des ovaires et des trompes.

Elle vient nous voir pour une éruption qui occupe les lèvres et le pourtour de la bouche et qu'elle rapporte à sa syphilis. Cette éruption est apparue pour la première fois il y a six ans, sans cause appréciable, constituée par une rougeur péri-buccale avec tuméfaction qui dura quatre mois, presque tout l'hiver et disparut spontanément, sans traitement spécifique.

Depuis lors, tous les ans au début de l'hiver, l'éruption se montre de nouveau, dure environ trois mois puis disparaît. Cette année elle s'est décidée à venir à la consultation de l'hôpital Saint-Louis il y a quinze jours.

(1) BALZER et LECORNU. *Bull. de la Soc. franç. de Derm.*, 1904.

Nous sommes actuellement en présence de la septième récurrence, qui a débuté le 15 novembre 1905. Elle a été assez forte, ainsi qu'en témoigne le moulage de M. Baretta exécuté il y a quinze jours. On peut voir qu'il s'agissait d'une rougeur érythémateuse assez prononcée, diffuse, commençant sur le bord des lèvres et s'arrêtant à une très petite distance des narines, avec un bord net, légèrement saillant sur la lèvre supérieure, un peu festonné sur la lèvre inférieure. L'érythème entourait nettement toute la bouche, en offrant son maximum de largeur sur la partie médiane.

Pas de suintement, pas de croûtes, mais légère desquamation furfuracée.

Au dire de la malade, l'éruption commencerait sur le bord libre des lèvres qui se tuméfient, se crevassent et desquament ; elle s'étend ensuite sur la peau des lèvres.

Actuellement l'érythème occupe les deux lèvres, et présente une coloration rouge ou rosée. La muqueuse est un peu blanchâtre et desquame légèrement. Les contours de cet érythème orbiculaire sont réguliers et un peu festonnés sur la lèvre inférieure. Depuis quinze jours la malade a été traitée par les pilules de Dupuytren et par l'iodure de potassium : l'éruption est en décroissance beaucoup plus rapide qu'à l'ordinaire et l'amélioration obtenue depuis quinze jours est remarquable. Elle disparaîtra vraisemblablement sans laisser aucune trace, ainsi que cela est de règle, suivant le dire de la malade, pour toutes les éruptions qu'elle a présentées.

Voilà, certes, une curieuse éruption, remarquable par ses récurrences multiples, toujours en hiver, par son siège constant, par sa longue durée, enfin par sa guérison régulière, sans traces. Une particularité intéressante, serait son début, au dire de la malade, sur la muqueuse et son extension consécutive à la peau. Pourrait-on penser à une affection primitivement buccale ou labiale gagnant ensuite la peau ? à une sorte de perlèche ? Mais cette maladie est plutôt spéciale aux enfants et ne récidive pas en séries de cette manière. Il en est de même pour l'eczéma labial.

Il convient de s'arrêter plutôt, pour le diagnostic, à la variété de syphilide secondaire tardive désignée par M. Fournier sous le nom d'*Érythème péribuccal récidivant*. Il en rapporte dans son récent ouvrage (1) un exemple remarquable qui présente de grandes analogies avec notre observation. L'érythème était constitué tantôt par des petites papules, tantôt par des rubans onduleux arciformes, parfois juxtaposés bout à bout et figurant une série d'arceaux conjugués. Onze récurrences se produisirent dans un cas, et l'érythème put ainsi se reproduire jusque dans les périodes les plus avancées de la syphilis. Le cas principal observé par notre savant Maître offre, avec le nôtre, des analogies tellement évidentes qu'il est inutile de s'y appesantir. En tenant compte à la fois du siège, de la marche, de la chronologie, de l'absence de cicatrices, le nom d'*Érythème secundo-tertiaire péribuccal récidivant* caractérise bien ces faits.

(1) A. FOURNIER. *De la syphilis secondaire tardive*. Paris, Rueff, édit., 1906.

Il offre avec la syphilide appelée communément *Érythème tertiaire* des analogies et des caractères différentiels sur lequel nous devons maintenant insister un peu.

L'érythème tertiaire a été étudié par de nombreux auteurs, Fournier, Vidal, Besnier, Hallopeau, Brocq, Thomas, etc. et a été l'objet d'une étude d'ensemble de Braumann (1). Récemment M. Fournier en a donné une description nouvelle dans son *Traité de la Syphilis secondaire tardive* (2), et a mis en relief les principales variétés de cette singulière syphilide. Il lui conserve son nom d'*Érythème tertiaire* qu'elle mérite, à cause du moment de son apparition; mais, en réalité, ses principaux caractères sont ceux d'une éruption secondaire. Ainsi que l'un de nous l'a dit ailleurs, cette syphilide peut laisser, après elle, de la pigmentation, mais pas de cicatrice visible.

Par sa ténacité, le processus offre une certaine analogie avec celui de la syphilide tuberculeuse, dont il paraît une forme très atténuée; il en est séparé par un caractère fondamental, l'absence de destruction de tissu et de cicatrice apparente (3).

En somme, cette syphilide si curieuse est difficile à classer, mais nous croyons pourtant que M. le professeur Fournier a eu raison de la rapprocher à la fois des roséoles tardives et des syphilides palmaires et plantaires tardives.

Dans un premier cas observé jadis par l'un de nous à l'hôpital de Lourcine, l'érythème tertiaire, qui présentait une disposition à la fois linéaire et circinée, s'était développé, chez une femme, sur le bas-ventre et les cuisses et entourait d'un cercle la région du pubis et de la vulve. Cet érythème céda très lentement au traitement mixte. Deux autres récidives se produisirent au même siège et furent tout aussi tenaces; à chaque récidive, l'érythème suivait une marche serpentineuse et excentrique et s'éloignait toujours davantage de la vulve.

Dans un autre cas, observé pour la première fois à l'hôpital Saint-Louis, en 1897, l'érythème tertiaire occupait le même siège que chez la malade que nous présentons aujourd'hui. Il offrait une disposition linéaire et entourait la bouche. Il ne céda qu'à un traitement prolongé. Deux autres récidives, au même siège, furent encore observées; dans une de ces récidives, l'observation recueillie par M. Leroy, alors interne du service, présenta une particularité intéressante. L'éruption avait progressé concentriquement, au point d'envahir les commissures labiales et, à ce niveau, la muqueuse était devenue opaline et suintante; la lésion, en un mot, avait pris les caractères d'une plaque muqueuse typique. Cette malade, qui refusa toujours d'être présentée à la Société, était d'ailleurs remarquable par

(1) BRAUMANN. *Thèse de Paris*, 1891.

(2) A. FOURNIER. *Syphilis secondaire tardive*. Paris, Rueff, édit., 1906.

(3) BALZER. Article Syphilis, *Traité de méd. et de thérapeutique*, t. II, 1896.

la nature des accidents syphilitiques qu'elle présentait. Sa syphilis était âgée de 11 ans, lorsque fut observé le premier érythème tertiaire péribuccal; nous observâmes, depuis, les poussées récidivantes de cet érythème et, de plus, des syphilides papuleuses dans la région lombo-fessière, et enfin, de grands anneaux de syphilide papuleuse circonscrite à la paume des mains. Ces divers accidents furent observés jusqu'à la dix-septième année de la syphilis. Peut-être ont-ils duré plus longtemps, mais la malade a été perdue de vue, après nous avoir offert cette série remarquable d'accidents secundo-tertiaires, toujours récidivants et très rebelles aux divers traitements.

En somme, l'*érythème tertiaire* proprement dit peut occuper la face et le pourtour de la bouche comme l'*érythème péribuccal récidivant*, mais c'est là un siège exceptionnel pour lui. De plus, il a un aspect plus franchement caractéristique de la syphilis, par sa disposition en éléments circonscrits, souvent linéaires, plus ou moins saillants, ressemblant beaucoup à ceux de la syphilide tuberculeuse serpiginieuse. Peut-être faudra-t-il considérer aussi comme un caractère différentiel important, ce fait que l'érythème tertiaire, en atteignant une muqueuse, prend le caractère d'une syphilide muqueuse tandis que dans notre cas, l'érythème péribuccal récidivant n'a présenté en ce point que les caractères d'une dermatose inflammatoire.

Ce ne sont donc pas des affections identiques, mais des affections très sérieuses et qui doivent être comparées entre elles. Elles constituent distinctement deux *syphilides érythémateuses secondaires tardives*, secondaires par leur caractère résolutif très net, tardives par leur apparition dans la période tertiaire où elles peuvent, toutes deux, se montrer en poussées successives.

Nous ne voulons pas discuter ici s'il s'agit d'éruptions réellement syphilitiques ou parasymphilitiques. Le fait que nous avons observé avec M. Leroy nous fait pencher vers la nature réellement syphilitique en ce qui concerne l'érythème tertiaire. Pour l'érythème péribuccal récidivant, l'action rapide du traitement mixte dans notre cas nous impressionne beaucoup. Mais il faut être sobre d'interprétations pathogéniques, en ce moment où les questions de syphilis et de parasymphilis vont être soumises au contrôle des investigations bactériologiques.

Favus atypique du cuir chevelu et favus des ongles.

Par M. DANLOS.

Il s'agit d'un jeune homme, de nationalité russe, s'exprimant très mal en français et même en allemand, ce qui rend l'interrogatoire dif-

ficile et incertain. L'affection existe depuis de nombreuses années. Sur le sommet de la tête, dans la région de la calvitie séborrhéique, les cheveux sont très clairsemés et dans leur intervalle le cuir chevelu lisse et cicatriciel présente un aspect très comparable à celui qu'il offre dans la pseudo-pelade de Brocq. Nulle part de godets grands ou petits. Simplement, autour de quelques cheveux, en apparence sains, une auréole rouge large comme une tête d'épingle. Nombre de cheveux s'arrachent avec une gaine grasse ; çà et là, quelques excoriations de grattage. Au microscope, aspect favique incontestable sur quelques cheveux, mais non sur tous.

Aux mains, trois doigts sur les dix sont envahis, l'annulaire et l'auriculaire à droite, l'auriculaire seul à gauche. Sur tous les trois l'affection se caractérise par la destruction de la lame cornée de l'ongle dans sa moitié inférieure. Le lit de l'ongle, mis à nu, est tuméfié, friable et présente l'aspect de moelle de jonc que l'on constate dans le psoriasis et les affections mycéliennes. L'examen des squames recueillies par grattage (acide formique, potasse) montre un mycélium caractéristique. La culture de celui-ci n'a pas été faite, mais le diagnostic s'impose par la considération du cuir chevelu. Évidemment, c'est en se grattant la tête que le sujet s'est inoculé les ongles ; mais il est remarquable que tous les ongles ne sont pas pris, et que les doigts envahis ne sont pas ceux qui servent le plus au grattage.

Érythème polymorphe circiné, purpurique.

Par MM. GAUCHER et BOISSEAU.

Le malade que nous avons l'honneur de présenter est venu consulter, le 4 décembre, pour des lésions purpuriques des membres inférieurs, qui ont débuté 15 jours auparavant. Il a eu la syphilis il y a vingt ans et on constate des signes très nets de tuberculose pulmonaire. On ne peut retrouver la cause de ces lésions cutanées.

Huit jours après sa première visite, le malade revient pour entrer à l'hôpital, son purpura s'étant rapidement étendu.

A ce moment, on note sur les membres supérieurs et inférieurs et sur le cou, des placards nettement arrondis, dont les dimensions varient d'une pièce de cinquante centimes à une paume de main. Ces placards s'étendent excentriquement et le centre guérit et se pigmente à mesure que les lésions progressent à la périphérie. La circonférence est constituée par des taches purpuriques, par quelques érosions recouvertes de croûtes noirâtres et, en quelques points, par de petites bulles remplies de sérosité sanguinolente. Quelques-unes de ces bulles ont un contour polycyclique comme les vésicules d'herpès. Nous avons pu voir enfin, sur un petit nombre d'entre elles,

SÉANCE DU 1^{er} MARS 1906

Présidence de M. Alfred Fournier.

SOMMAIRE. — Ouvrages offerts à la Société. — Lettre de M. le Président. (Réponse : M. JACQUET.) — A l'occasion du procès-verbal : Sur une objection faite au porte-réactif du localisateur Belot, par M. BELOT. — Pelade par projectiles intracrâniens, par M. JACQUET. (Discussion : MM. BAUDOUIN, HALLOPEAU, JACQUET, SABOURAUD, LEREDDE.) — Adénopathie néoplasique régionale provoquée par le traitement radiothérapique, par MM. GASTOU et DECROSSAS. — Les dangers et les contre-indications de la radiothérapie dans le traitement des épithéliomes de la peau, par M. LEREDDE. (Discussion : M. DANLOS.) — Pelade et vitiligo, par MM. DANLOS et DEHÉRAIN. (Discussion : MM. JACQUET, SABOURAUD.) — Syphilis psoriasiforme, par MM. DANLOS et DEHÉRAIN. (Discussion : M. BALZER.) — Chancre des paupières, par MM. DANLOS et DEHÉRAIN. (Discussion : MM. JACQUET, FOURNIER, DANLOS, SABOURAUD, BARTHÉLEMY.) — Tuberculose serpigneuse des membres inférieurs, par MM. DANLOS et DEHÉRAIN. (Discussion : M. FOURNIER.) — Tache ardoisée de la muqueuse buccale dans un cas de lichen de Wilson, par MM. DANLOS et DEHÉRAIN. — Érosions péri-anales à spirilles, par MM. DANLOS et DEHÉRAIN. — Macules atrophiques syphilitiques, par MM. DANLOS et DEHÉRAIN. — Contribution à l'étude des syphilides atrophiantes, par MM. BALZER et DESHAYES. — Deux cas de paralysie faciale chez deux conjoints, au cours de la syphilis secondaire, par M. FRANÇOIS-DAINVILLE. — Onychomycose, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT. (Discussion : MM. HALLOPEAU, SABOURAUD.) — Lymphadénomes cutanés primitifs, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT. — Essais de culture du bacille lépreux, par M. P. ÉMILE-WEIL. (Discussion : MM. SABOURAUD, LEREDDE.) — Syphilomes d'auto-inoculation, par M. QUEYRAT. (Discussion : MM. BARTHÉLEMY, RENAULT, VERCHÈRE, FOURNIER, QUEYRAT.) — Chancre syphilitique du vestibule narinaire, par MM. GAUCHER et BOISSEAU. — Sur un lichen de Wilson, systématisé en bandes avec envahissements poplités secondaires en nappe, contagiosité possible, par MM. HALLOPEAU et GRANDCHAMP. — Sur un cas de suppurations tuberculeuses multiples avec grains riziformes, par MM. HALLOPEAU et ROY. — Sur un cas de proliférations locales prédominantes chez un malade atteint de syphilides secondaires généralisées, par MM. HALLOPEAU et ROY. — Sur une dermatite exfoliative généralisée, provoquée par un pansement local avec la solution d'acide picrique, par MM. HALLOPEAU et HERCK. — Gommages de la langue traitées par le levurargyre, par MM. JULLIEN et STASSANO. (Discussion : MM. BALZER, BARTHÉLEMY, STASSANO.) — Sur une observation de nævi symétriques de la face publiée par RAYER, par M. AUDRY.

Ouvrages offerts à la Société.

FREUND. — Eine Schutzvorrichtung für Radiotherapeuten. *Sonderabdruck aus der Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie*, 1903-1906.

SÉANCE DU 1^{er} MARS 1906

Présidence de M. Alfred Fournier.

SOMMAIRE. — Ouvrages offerts à la Société. — Lettre de M. le Président. (Réponse : M. JACQUET.) — A l'occasion du procès-verbal : Sur une objection faite au porte-réactif du localisateur Belot, par M. BELOT. — Pelade par projectiles intracrâniens, par M. JACQUET. (Discussion : MM. BAUDOUIN, HALLOPEAU, JACQUET, SABOURAUD, LEREDDE.) — Adénopathie néoplasique régionale provoquée par le traitement radiothérapique, par MM. GASTOU et DECROSSAS. — Les dangers et les contre-indications de la radiothérapie dans le traitement des épithéliomes de la peau, par M. LEREDDE. (Discussion : M. DANLOS.) — Pelade et vitiligo, par MM. DANLOS et DEHÉRAIN. (Discussion : MM. JACQUET, SABOURAUD.) — Syphilis psoriasiforme, par MM. DANLOS et DEHÉRAIN. (Discussion : M. BALZER.) — Chancres des paupières, par MM. DANLOS et DEHÉRAIN. (Discussion : MM. JACQUET, FOURNIER, DANLOS, SABOURAUD, BARTHÉLEMY.) — Tuberculose serpigneuse des membres inférieurs, par MM. DANLOS et DEHÉRAIN. (Discussion : M. FOURNIER.) — Tache ardoisée de la muqueuse buccale dans un cas de lichen de Wilson, par MM. DANLOS et DEHÉRAIN. — Érosions péri-anales à spirilles, par MM. DANLOS et DEHÉRAIN. — Macules atrophiques syphilitiques, par MM. DANLOS et DEHÉRAIN. — Contribution à l'étude des syphilides atrophiantes, par MM. BALZER et DESHAYES. — Deux cas de paralysie faciale chez deux conjoints, au cours de la syphilis secondaire, par M. FRANÇOIS-DAINVILLE. — Onychomycose, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT. (Discussion : MM. HALLOPEAU, SABOURAUD.) — Lymphadénomes cutanés primitifs, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT. — Essais de culture du bacille lépreux, par M. P. ÉMILE-WEIL. (Discussion : MM. SABOURAUD, LEREDDE.) — Syphilomes d'auto-inoculation, par M. QUEYRAT. (Discussion : MM. BARTHÉLEMY, RENAULT, VERCHÈRE, FOURNIER, QUEYRAT.) — Chancres syphilitiques du vestibule narinaire, par MM. GAUCHER et BOISSEAU. — Sur un lichen de Wilson, systématisé en bandes avec envahissements poplités secondaires en nappe, contagiosité possible, par MM. HALLOPEAU et GRANDCHAMP. — Sur un cas de suppurations tuberculeuses multiples avec grains riziformes, par MM. HALLOPEAU et ROY. — Sur un cas de proliférations locales prédominantes chez un malade atteint de syphilides secondaires généralisées, par MM. HALLOPEAU et ROY. — Sur une dermatite exfoliative généralisée, provoquée par un pansement local avec la solution d'acide picrique, par MM. HALLOPEAU et HERCK. — Gommages de la langue traitées par le levurargyre, par MM. JULLIEN et STASSANO. (Discussion : MM. BALZER, BARTHÉLEMY, STASSANO.) — Sur une observation de nævi symétriques de la face publiée par RAYER, par M. AUDRY.

Ouvrages offerts à la Société.

FREUND. — Eine Schutzvorrichtung für Radiotherapeuten. *Sonderabdruck aus der Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie*, 1903-1906.

SÉANCE DU 1^{er} MARS 1906

Présidence de M. Alfred Fournier.

SOMMAIRE. — Ouvrages offerts à la Société. — Lettre de M. le Président. (Réponse : M. JACQUET.) — A l'occasion du procès-verbal : Sur une objection faite au porte-réactif du localisateur Belot, par M. BELOT. — Pelade par projectiles intracrâniens, par M. JACQUET. (Discussion : MM. BAUDOUIN, HALLOPEAU, JACQUET, SABOURAUD, LEREDDE.) — Adénopathie néoplasique régionale provoquée par le traitement radiothérapique, par MM. GASTOU et DECROSSAS. — Les dangers et les contre-indications de la radiothérapie dans le traitement des épithéliomes de la peau, par M. LEREDDE. (Discussion : M. DANLOS.) — Pelade et vitiligo, par MM. DANLOS et DEHÉRAIN. (Discussion : MM. JACQUET, SABOURAUD.) — Syphilis psoriasiforme, par MM. DANLOS et DEHÉRAIN. (Discussion : M. BALZER.) — Chancre des paupières, par MM. DANLOS et DEHÉRAIN. (Discussion : MM. JACQUET, FOURNIER, DANLOS, SABOURAUD, BARTHÉLEMY.) — Tuberculose serpigneuse des membres inférieurs, par MM. DANLOS et DEHÉRAIN. (Discussion : M. FOURNIER.) — Tache ardoisée de la muqueuse buccale dans un cas de lichen de Wilson, par MM. DANLOS et DEHÉRAIN. — Érosions péri-anales à spirilles, par MM. DANLOS et DEHÉRAIN. — Macules atrophiques syphilitiques, par MM. DANLOS et DEHÉRAIN. — Contribution à l'étude des syphilides atrophiantes, par MM. BALZER et DESHAYES. — Deux cas de paralysie faciale chez deux conjoints, au cours de la syphilis secondaire, par M. FRANÇOIS-DAINVILLE. — Onychomycose, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT. (Discussion : MM. HALLOPEAU, SABOURAUD.) — Lymphadénomes cutanés primitifs, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT. — Essais de culture du bacille lépreux, par M. P. ÉMILE-WEIL. (Discussion : MM. SABOURAUD, LEREDDE.) — Syphilomes d'auto-inoculation, par M. QUEYRAT. (Discussion : MM. BARTHÉLEMY, RENAULT, VERCHÈRE, FOURNIER, QUEYRAT.) — Chancre syphilitique du vestibule narinaire, par MM. GAUCHER et BOISSEAU. — Sur un lichen de Wilson, systématisé en bandes avec envahissements poplités secondaires en nappe, contagiosité possible, par MM. HALLOPEAU et GRANDCHAMP. — Sur un cas de suppurations tuberculeuses multiples avec grains riziformes, par MM. HALLOPEAU et ROY. — Sur un cas de proliférations locales prédominantes chez un malade atteint de syphilides secondaires généralisées, par MM. HALLOPEAU et ROY. — Sur une dermatite exfoliative généralisée, provoquée par un pansement local avec la solution d'acide picrique, par MM. HALLOPEAU et HERCK. — Gommages de la langue traitées par le levurargyre, par MM. JULLIEN et STASSANO. (Discussion : MM. BALZER, BARTHÉLEMY, STASSANO.) — Sur une observation de névi symétriques de la face publiée par RAYER, par M. AUDRY.

Ouvrages offerts à la Société.

FREUND. — Eine Schutzvorrichtung für Radiotherapeuten. *Sonderabdruck aus der Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie*, 1905-1906.

FREUND et OPPENHEIM. — Die Röntgenstrahlenbehandlung des Lichen ruber planus. *Sonderabdruck aus der Zeitschrift für Elektrotherapie und die physikalischen Heilmethoden*, 1905.

OPPENHEIM et SACHS. — Ueber Spirochätenbefunde in syphilitischen und anderen krankheitsproducten. *Separatabdruck aus der Wiener klinischen Wochenschrift*, 1905.

BRANDWEINER. — Versuche über aktive Immunisierung bei Lues. *Separatabdruck aus der Wiener klinischen Wochenschrift*, 1905.

MUCHA et SCHABER. — Ueber den Nachweis der Spirochaete pallida im syphilitischen Gewebe. *Separatabdruck aus der Wiener klinischen Wochenschrift*, 1906.

BRAULT. — Le Lupus chez les Indigènes musulmans d'Algérie. Extr. des *Comptes rendus du Congrès des Sociétés savantes*, en 1905.

A. FOURNIER. — *En guérit-on ?* Paris, 1906.

DARIER et ROUSSY. — Des sarcoides sous-cutanées. Extr. des *Arch. de Méd. expér.*, janvier 1906.

Lettre de M. le Président.

MES CHERS COLLÈGUES,

Je viens vous prier de vouloir bien accepter ma démission de président de notre chère Société.

Une raison unique, que je considère comme un devoir, motive cette démission : c'est que j'ai l'honneur de vous présider depuis novembre 1902, long bail qui m'a paru court.

Or, je ne voudrais pas abuser. Je ne voudrais pas être le président *obstructionniste*, qui s'éternise et de qui l'on pourrait dire — ou penser tout au moins — qu'il « dure bien longtemps ».

Je préfère être le président qui voit autour de lui des collègues très dignes d'hériter de l'honneur dont il jouit, et qui, dans l'intérêt de tous et dans l'intérêt de la Société spécialement, se préoccupe de satisfaire à de légitimes aspirations.

Pour descendre de la présidence, j'entends bien, chers collègues, ne pas vous quitter ; j'entends rester fidèle tout au contraire à vos séances, toujours si instructives et si attrayantes.

Permettez-moi d'ajouter un dernier mot, et celui-ci sera pour vous remercier, vous remercier bien vivement, et de l'honneur que vous m'avez fait et de l'accueil si sympathique, si cordial, que j'ai toujours trouvé près de vous. (*Applaudissements.*)

M. L. JACQUET. — Messieurs, vous aurez, sans doute, entendu comme moi, avec un très vif déplaisir, la lettre par laquelle M. le Prof. Fournier nous annonce l'intention d'abandonner la présidence de notre Société.

Certes, les motifs qui poussent M. Fournier à cette détermination sont

hautement honorables et ne sont pas pour nous surprendre, sa modestie et sa discrétion étant connues de tous.

Mais, nous inspirant, avant tout, de l'intérêt de la Société, je pense qu'il convient de prier instamment M. Fournier de revenir sur cette décision. Je vous propose donc — et j'espère que nous serons unanimes — de lui témoigner clairement que nous ne trouvons point qu'il ait *trop duré* et que nous serons heureux et fiers de le conserver longtemps encore à notre tête. (*Applaudissements unanimes et prolongés.*)

Sur une objection faite au porte-réactif du Localisateur Belot.

Par M. BELOT.

A la fin de notre dernière réunion, lorsque j'ai présenté le nouveau modèle de localisateur pour radiothérapie, que j'ai fait construire par la maison Gaiffe, on a dit que mon dispositif porte-réactif Sabouraud-Noiré était mauvais, parce qu'il ne comportait pas de lame métallique (tôle) sous la pastille. Il en résulterait une cause d'erreur notable, le réactif devant ainsi subir un retard dans son virage; l'opérateur qui se servirait de ce dispositif dépasserait donc, sans s'en douter, la dose curative.

Je me suis déjà élevé contre la gratuité de cette assertion; j'ai depuis refait quelques expériences, qui m'ont montré de la façon la plus indiscutable, que la nature du support n'avait aucune espèce d'influence sur la rapidité du virage de la pastille Sabouraud-Noiré, utilisée dans les conditions thérapeutiques habituelles.

Autour d'une ampoule Chabaud en activité, j'ai placé à égale distance du focus, toute une série de réactifs: mon dispositif était tel qu'ils devaient recevoir tous une égale quantité de radiations, en supposant sensiblement uniforme l'épaisseur de la paroi de verre; j'avais également tenu compte de l'émission rasante. Chacun des réactifs reposait sur un support de nature différente. J'avais pris intentionnellement des corps de poids atomique très différents: platine, cuivre, aluminium, bois, carton et air.

Après un temps convenable, les réactifs furent comparés entre eux et on constata qu'ils avaient *tous* pris une teinte identique.

La même expérience faite par M. Gaiffe de son côté donna des résultats identiques.

Au lieu de placer les réactifs en une demi-couronne autour du tube, j'ai répété l'expérience, en les disposant sur une surface plane, à une certaine distance (15^{cm}) de l'anticathode. J'avais, bien entendu, employé des supports différents. Les réactifs prirent tous en un même temps, une teinte analogue.

Enfin j'ai pris un réactif Sabouraud-Noiré, dont la moitié seulement reposait sur une lame de fer, l'autre était libre. Je n'ai jamais pu

constater la moindre différence de coloration entre les deux demi-disques.

Ces expériences sont, je crois, suffisamment démonstratives, pour qu'il me soit permis d'affirmer à nouveau, que la nature du support ne modifie en rien le virage du réactif Sabouraud-Noiré.

Il est du reste bien préférable qu'il en soit ainsi. En effet, en supposant que suivant sa nature le support exerce sur le virage du réactif une influence quelconque, il faudrait en chercher la cause dans l'activité secondaire de ce support, et nous aurions là une nouvelle cause d'erreur, puisque pour un même faisceau incident cette activité varie considérablement suivant les poids atomiques des corps constituant le support : les rayons secondaires, en effet, ne résultent pas d'une diffusion élective, mais d'une transformation réelle des radiations incidentes, ainsi que l'a démontré G. Sagnac.

Dans ce cas, du reste, la nature même du support que j'utilise (corps à poids atomique élevé) réduisait à néant la critique qui m'a été adressée.

Enfin, qu'il me soit permis de rappeler, que les rayons secondaires émis par le plomb, le platine, le fer, le zinc, etc., ont leur action photographique ou ionisante, considérablement affaiblie après un trajet d'un millimètre dans l'atmosphère, ou après leur passage à travers une simple feuille de papier noir.

Pardonnez-moi, messieurs, de vous avoir ennuyé par ces quelques détails : ils étaient cependant nécessaires, pour vous permettre de comprendre le résultat de mes expériences.

Pelade par projectiles intracrâniens.

Par le Dr LUCIEN JACQUET.

On m'attribue, malgré mes protestations catégoriques, la pensée que toute pelade est d'origine *dentaire* : rien n'est plus contraire à ma doctrine, qui fait de cette dermatose l'aboutissant d'excitations très diverses, périphériques, viscérales et centrales, souvent associées d'ailleurs.

Voici un fait des plus saisissants, qui ruinera, je l'espère, cette légende.

Le malade que je vous présente est porteur de deux vastes aires peladiques au côté *gauche* du cuir chevelu (fig. 1).

Depuis vingt-deux mois environ, il souffre par intermittences, dans la profondeur du crâne, à *gauche*.

Il y a *deux mois* ces céphalées sont devenues continues, et depuis *trois semaines* elles se sont assez brusquement renforcées.

Quelques jours plus tard, la dépilation commençait et, en quinze



FIG. 1. (Cliché Lesage.) — Photographie faite environ 3 semaines après le début de la dépilation (23 février 1906).

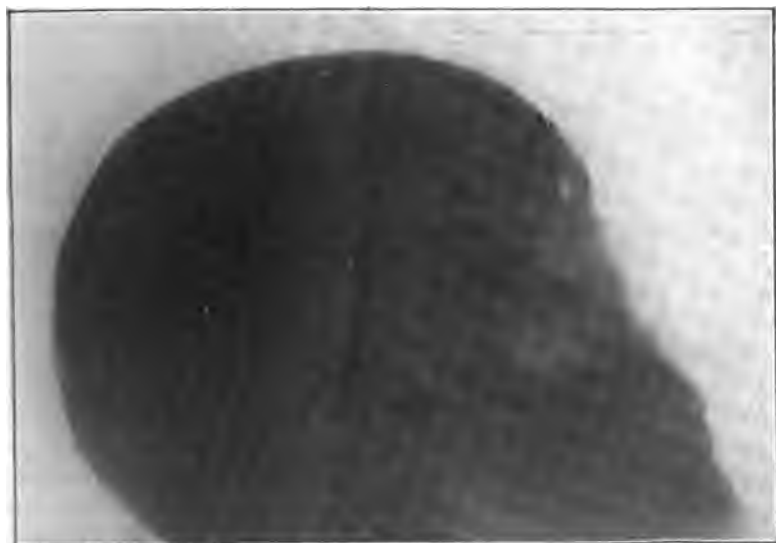


FIG. 2. — Radiographie faite le 27 février. (Laboratoire de radiographie de l'hôpital Saint-Antoine, Dr Leray.) — De même que pour la figure 3, l'ombre des projectiles a été renforcée; la gravure eût été, sans cet artifice, peu distincte.

jours, se constituaient par développement excentrique les deux aires que vous voyez.

L'hypotonie cutanée y est très manifeste. La sensibilité est exaltée



FIG. 3. — Radiographie exécutée le 28 février. (Laboratoire de radiographie de l'hôpital Saint-Antoine, Dr Leray.)

aux points d'émergence nerveuse à *gauche*, notamment au point occipital.

En outre, il existe une notable hémiparésie musculaire à *droite*.

Voilà, n'est-ce pas, un singulier syndrome?

La cause nous en paraît saisissable: cet homme a reçu, il y a vingt-deux mois environ, trois balles de revolver; l'une a pénétré à la région frontale gauche et *aurait* été extraite; deux autres *auraient* pénétré par l'oreille droite. Le blessé est resté huit jours dans le coma, puis a repris connaissance, et dès lors sont apparus les symptômes que je vous ai résumés.

Or, vous pouvez constater, sur ces photoradiographies dues à M. Leray, que les deux balles entrées par le région auriculaire *droite*, se voient nettement à la base du crâne à *gauche* (fig. 2).

Ces projectiles, d'abord tolérés, ont produit par irritation ce curieux syndrome : troubles trophiques et sensitifs à *gauche*, avec troubles parétiques à *droite*, comme l'exige l'entrecroisement bulbaire des neurones moteurs.

Voici donc une pelade, qui n'est point d'origine *dentaire*, mais dont la pathogénie est pourtant assez analogue.

Voici maintenant l'observation détaillée de ce malade, due à M. Ménard, externe de mon service.

Pelade à vastes aires du cuir chevelu à GAUCHE. — Longue période de névralgies pré-peladiques à GAUCHE. — Hémiparésie DROITE. — Deux balles de revolver à la région basilaire GAUCHE.

Le nommé L..., Pierre, terrassier, âgé de 45 ans, entré le 20 février 1906, salle Aran, lit n° 8.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 53 ans de maladie inconnue ; mère morte à 88 ans.

17 collatéraux, dont 11 morts en très bas âge, 6 vivants, bien portants ; aucun cas de pelade dans la famille.

Antécédents personnels. — Ni marié, ni uni.

Bien né ; pas de syphilis héréditaire ; vers 14 ou 15 ans, il aurait eu une maladie assez grave ayant duré trois semaines, mais il ne se souvient pas quelle elle était, ni d'où il souffrait.

Tous ses souvenirs sont d'ailleurs assez imprécis, sa mémoire étant rudimentaire.

A 21 ans, il fait son service militaire, pendant lequel il fut soigné pour une tuméfaction du gland et du prépuce sans adénopathie, peu douloureuse, sans ulcération aucune, ayant duré 15 jours. A ce moment, il n'avait, prétend-il, aucun écoulement. Mais, toutes ces données sont très vagues ; il ne se souvient même pas du traitement.

Depuis, rien jusqu'en 1904.

18 Avril 1904. — Comme il rentrait chez lui, vers 10 heures du soir, il fut attaqué, reçut trois coups de revolver et tomba sans connaissance sur la voie publique, d'où on le transporta à l'hôpital Beaujon. Là, il resta huit jours en état de *choc*, et, après quinze jours d'hôpital, regagna son domicile. On lui *aurait* extrait une seule balle, celle du front, mais il souffrait encore violemment de la tête, pouvait à peine marcher, et parlait difficilement.

Il ne semble pas avoir présenté alors de paralysie (hémiplegie faciale ou paralysie), bien qu'il eût un peu d'embarras de la parole.

Après deux semaines passées chez lui, comme il ne s'améliorait guère, on le fait entrer à l'hôpital Bon-Secours, où il reste un mois et demi et d'où il sort amélioré.

Depuis, il a pu reprendre son travail, mais il n'a jamais retrouvé sa bonne santé antérieure, ses forces sont toujours restées moindres, du côté *droit*

surtout, où l'affaiblissement permanent s'accuse à de certains moments, presque brusquement : son bras et sa jambe *droits* devenant alors sans énergie et le contraignant à s'arrêter au milieu de son travail.

Depuis ce temps aussi, il souffre fréquemment de céphalées, pesanteurs avec exacerbations névralgiques du côté *gauche* de la tête.

Janvier 1906. — Sans cause apparente, les céphalées *gauches* augmentent beaucoup de fréquence et d'intensité, au point de devenir presque permanentes, exacerbées surtout la nuit ou, le matin, au réveil.

En même temps, des douleurs dentaires apparaissent, d'abord à droite et en bas, puis généralisées, sous forme de sensibilité très vive au chaud et au froid.

Février. — Vers la fin de la première semaine, et les troubles précédents s'étant encore aggravés, les cheveux commencent à tomber, d'abord à la région temporo-frontale *gauche*, puis au niveau de la région pariétale du même côté, dépilation ayant abouti à la formation des deux aires peladiques qu'il présente aujourd'hui.

État actuel au 27 février 1906. — Le malade présente deux aires peladiques de la région temporo-pariétale *gauche*.

De ces aires, contiguës dans le sens antéro-postérieur, l'une, postérieure, pariétale, à peu près régulièrement circulaire, mesure 10 centimètres de diamètre, présente une peau mate, *très chaude* au toucher, *très hypotonique*, très mobile sur les plans profonds, semée de poils très rares, disséminés, plus nombreux aux bords, le plus grand nombre caduques, quelques-uns tenaces, généralement bien colorés, les uns noirs, d'autres, au contraire, dépigmentés.

Les poils cassés sont en assez grand nombre ; il n'y a pas de poils *franchement massués*, mais seulement amincis de l'extrémité libre vers la racine qui est atrophiée et plus claire, sans être absolument dépigmentée. *L'autre aire*, antérieure, temporale, sus-jacente à l'oreille *gauche*, mesurant 7 centimètres dans le sens antéro-postérieur, 5 centimètres verticalement, englobant l'avancée temporo-frontale et débordant l'arcade zygomatique. Dans cette aire, les cheveux restants sont plus nombreux, et d'autant plus qu'ils sont plus antérieurs, bien colorés, assez tenaces, sur une peau *très hypotonique*.

Ces deux plaques peladiques sont séparées l'une de l'autre par une bande chevelue, commençant sur le prolongement du bord interne du tragus à 7 centimètres au-dessus, descendant obliquement en bas et en arrière, pour passer en arrière de l'oreille, à 2 centimètres du sillon auriculo-temporal. Cette bande, très fournie en cheveux, en haut et en bas, l'est beaucoup moins à la partie moyenne. Nulle autre lésion peladique sur l'étendue du cuir chevelu ; les cheveux sont abondants, noirs et drus.

Dans la barbe. — On trouve quelques îlots dépilés, l'un surtout, net et arrondi, lenticulaire, à 2 centimètres environ au-dessous de la commissure labiale *gauche* : il daterait de deux ans (?)

La pression du point occipital est douloureuse à *gauche*, indolore à *droite* ; celle des points faciaux est également douloureuse des deux côtés. La coloration de la face est égale à droite et à gauche, il n'y a aucune asymétrie faciale, aucun accident des téguments ou des organes faciaux, à part une cicatrice de balle au niveau de la bosse frontale gauche, avec tatouage

bleuâtre en criblure, déterminé par la poudre, et une lésion semblable et de même cause, du pavillon de l'oreille droite.

La parotide droite est légèrement hypertrophiée.

Dans tout le côté *gauche* de la tête, le malade éprouve constamment des pesanteurs, plus vives à de certains moments indéterminés, s'accompagnant d'élancements très douloureux quand il incline fortement la tête en arrière. Tous ces troubles datent de son accident, mais n'ont vraiment atteint ce degré d'acuité et cet état de permanence *que depuis deux mois*. Il y a hypoes-thésie tégumentaire du côté *gauche* du cuir chevelu, au niveau des plaques de pelade surtout.

L'examen oto-rhino-laryngologique, pratiqué par le D^r Bellin, montre que la muqueuse nasale est, à *droite*, d'une pâleur anormale, et qu'on trouve, à *gauche*, une crête de la cloison avec hypertrophie assez marquée de la muqueuse du cornet moyen de ce côté.

Examen dentaire. — La denture est en très bon état. Seule, la dent de sagesse inférieure droite est légèrement encapuchonnée.

Pyorrhée alvéolaire légère, et généralisée.

Examen radiographique pratiqué à droite, à gauche, de face et par la région occipitale ; tous les examens concordent et montrent : 1° des éclats de projectile à la région frontale *gauche* et médiane, et deux balles entières et aplaties, à la région basilaire *gauche*.

État général : il est excellent ; le malade est *peu alcoolisé, non syphilitique*.

Tous les organes sont sains, sauf le système nerveux qui présente quelques troubles. Le malade se plaint, en effet, que, depuis son accident, outre les douleurs encéphaliques notées plus haut, ses forces ont beaucoup diminué du côté *droit* et souvent, au milieu du travail, sa jambe *droite* faiblit, sa main *droite* devient sans force, au point qu'il est obligé de lâcher sa pioche. De fait, sa main *droite* serre moins vigoureusement que la gauche.

Il n'y a pas d'atrophie musculaire correspondante. Il n'y a pas, non plus, de troubles thermiques de ce côté, ni de troubles de la sensibilité superficielle, mais on note une assez vive hyperesthésie musculaire généralisée. Les réflexes tendineux sont conservés normaux et égaux des deux côtés. Les réflexes pupillaires sont normaux aussi et les pupilles sont égales.

La mentalité du malade est assez fruste, et il est constamment dans un état de satisfaction, de vague béatitude qui, joint à une légère dysarthrie datant de l'accident, rappelle les troubles analogues de la paralysie générale, dont il n'a, d'ailleurs, pas d'autres signes.

M. BAUDOUIN. — J'ai observé, il y a 4 ans, un homme jeune qui, dans une tentative de suicide, se logea trois balles de revolver dans la tête ; deux balles ne purent être extraites et sont restées dans les os du crâne. Depuis lors, ce blessé a eu des névralgies très violentes du côté correspondant du crâne, mais il n'a pas perdu un cheveu.

M. HALLOPEAU. — Est-il bien certain que le malade de M. Jacquet soit atteint d'une pelade vraie, et qu'il ne s'agisse pas de l'alopecie trophonévrotique qui peut la simuler ?

M. JACQUET. — Je demande à M. Hallopeau si, ayant obtenu une dépilation

semblable avec des produits peladiques, il n'edt pas conclu à une magnifique pelade ? Assurément, elle ne présente pas *tous* les caractères classiques assignés à cette maladie ; mais nulle pelade quelconque ne présente *tous* ces caractères et pas un dermatologiste ne refusera d'appeler pelade une dépilation analogue, accompagnée d'une énorme hypotonie.

M. HALLOPEAU. — La pelade est un type clinique spécial ; on ne constate ici, ni les poils follets, ni les cheveux renflés en massue, ni l'aspect éburné qui la caractérisent.

M. JACQUET. — Les poils follets n'existent pas encore, parce que la dépilation est récente ; ils *apparaîtront plus tard*. Quant aux cheveux massués, leur absence s'explique aisément si l'on songe que cet aspect du cheveu est dû au moindre fonctionnement de la papille pileaire. Pour que le poil devienne massué, il faut qu'il vive quelque temps de cette vie amoindrie ; or, cette pelade s'est réalisée en trois semaines, les cheveux n'ont pu prendre macroscopiquement l'aspect massué, mais, histologiquement, on trouve *déjà* leur racine amincie.

M. HALLOPEAU. — Je demande l'opinion de M. Sabouraud sur cette alopecie.

M. SABOURAUD. — Je n'avais pas demandé la parole, parce que je n'avais rien d'intéressant à dire sur ce sujet. Il est certain que cette alopecie ressemble plus aux dépilations produites par les rayons X qu'à la pelade ; il est rare, en effet, qu'une pelade évolue aussi rapidement sans présenter sur ses bords des cheveux nettement peladiques. C'est donc une alopecie en aire insolite dans ses caractères objectifs. C'est tout ce que je puis dire.

M. HALLOPEAU. — Ce n'est donc pas une pelade vulgaire.

M. JACQUET. — L'examen radiographique a été fait *pour la première fois*, APRÈS la photographie reproduite par la figure 1. Il est donc impossible d'attribuer cette dépilation aux rayons X.

D'autre part, je ne crois point, contrairement à M. Sabouraud, qu'il y ait une variété d'altération de cheveu qui soit *spécifiquement* peladique. J'ai tout lieu de croire qu'il n'y a entre les divers degrés de l'atrophie pileaire qu'une différence de *degré*, et non de *nature*, comme je l'ai dit dans mon premier mémoire sur la pelade.

Je voudrais bien voir M. Hallopeau définir ce qu'il entend par pelade vulgaire.

M. LEREDDE. — On peut se demander s'il n'y a pas une distinction à établir entre ces alopecies trophoneurotiques rapides, massives, et la pelade vulgaire qui, d'ordinaire, progresse d'une façon excentrique.

M. JACQUET. — Ce développement excentrique des plaques peladiques, que M. Hallopeau invoque bien à tort en faveur du parasitisme, s'est précisément rencontré ici. Cette dépilation a eu nettement deux points de départ, l'un temporal, l'autre pariétal, et chacune des aires initiales s'est agrandie *excentriquement* en quelques jours.

(1) On remarquera que sur la figure 3 l'ombre formée par le projectile supérieur, ne correspond, ni comme situation, ni comme dimension,

(4) Note complémentaire ajoutée après la séance.

à celles que l'on voit sur la figure 2 : il y avait là une incertitude et j'ai voulu la faire cesser.

J'ai donc prié MM. Belot et Haret, assistants de radiologie de mon collègue et ami Bécclère, de faire un examen radioscopique très soigneux.

Voici la note qu'ils ont bien voulu me remettre, après examens répétés :

À l'examen radioscopique latéral de la tête, on voit nettement deux taches sombres qui correspondent comme forme et comme intensité à l'ombre habituellement donnée par des balles. Quelques petits fragments de métal (plomb) se voient dans la région frontale (médiane).

Nous avons cherché à localiser les deux balles, sans nous occuper des fragments qui ne présentent aucun intérêt dans ce cas. Nous avons utilisé la méthode radioscopique habituelle.

La première balle entrée par l'oreille droite est restée dans cette région. Elle se trouve légèrement en avant et un centimètre au-dessus de l'orifice externe du conduit auditif et à un centimètre et demi à deux centimètres de profondeur.

La seconde balle, probablement entrée par le front, où elle a laissé quelques traces (fragments), se trouve à gauche.

Elle est située à deux centimètres au-dessus de l'orifice externe du conduit auditif et à deux centimètres et demi de profondeur.

Ainsi, contrairement à ce que la radiographie m'avait fait conclure, il y a une balle à droite, et une à gauche ; et le projectile supérieur de la figure 3 n'est évidemment qu'un des éclats de la région frontale. Cette correction ne saurait changer d'ailleurs l'interprétation des faits : les céphalées et troubles sensitifs du côté gauche, qui durent depuis l'accident, ne peuvent être attribués qu'au projectile gauche.

Et l'hémi-parésie droite ne peut évidemment être attribuée, elle aussi, qu'à ce même projectile gauche.

Depuis la séance, d'intéressantes modifications se sont produites dans la pelade de mon malade : les troubles sensitifs, les céphalées ont cessé ; l'hyperthermie du cuir chevelu, dans la zone dépilée, a beaucoup diminué ; et corrélativement, la dépilation si rapidement extensive s'est arrêtée.

Ces deux derniers jours (12 et 13 mars) la céphalée tend à disparaître.

Je crus pouvoir répondre à M. Hallopeau, m'objectant l'absence de poils follets, qu'ils « *apparaîtraient plus tard* ». Je fus bon prophète : aujourd'hui ils existent. Et l'on peut voir ainsi combien sont fragiles les barrières que, bien gratuitement, on s'imagine pouvoir élever entre diverses variétés de dépilation.

Adénopathie néoplasique régionale provoquée par le traitement radiothérapique.

Par MM. GASTOU et DECROSSAS.

A la suite de la radiothérapie de l'épithélioma cutané nous avons observé des répercussions ganglionnaires néoplasiques immédiates ou tardives sur les ganglions correspondant à la lésion traitée. Voici en particulier deux cas sur lesquels nous voudrions provoquer la discussion relativement à la technique et aux contre-indications de la radiothérapie dans l'épithélioma cutané.

Dans le premier cas : épithélioma à type de verrue sénile, traité dans le service de M. Danlos, la guérison s'est faite en 7 séances. Cinq mois après, hypertrophie du ganglion parotidien qui s'ulcère et donne un épithélioma qui couvre une partie de la face.

Dans le deuxième cas il s'agissait d'un ulcus rodens de la région temporale de même siège que pour le cas précédent. Après une seule séance de 5 H, poussée adénopathique intense et douloureuse, parotidienne et rétromaxillaire.

Or dans ces deux cas la technique de traitement a été celle employée pour tous les malades atteints d'épithélioma. Il n'y a eu ni radiodermite ni infection locale. En présence de ces faits il y a lieu de se demander si, chez certains sujets et dans certaines formes d'épithélioma, la radiothérapie ne doit pas être contre-indiquée, ou bien si la répercussion ganglionnaire ne tient pas à la technique elle-même, qu'elle soit due à la quantité de rayons absorbés ou à la façon dont ils sont absorbés. C'est sur ces questions que nous demandons l'avis de la Société.

Voici d'ailleurs les observations résumées du traitement appliqué :

OBSERVATION I. — M. B..., 81 ans. — Épithélioma de la région temporale, d'ant de sept mois. Le malade a fait sept séances de radiothérapie chez M. le Dr Danlos. Ces séances étaient de 5 H chaque fois, étincelle équivalente, variant de 6 à 8 centimètres, distance de 15 centimètres à l'anticathode, durée de la séance de vingt minutes. Les séances ont été ainsi réparties.

Décembre 1904 : 27. Janvier 1905 : 3, 6, 24, 31. Février : 7, 14. Le malade est guéri. Cinq mois après, récidive sur un ganglion parotidien. Traitement radiothérapique recommencé le 22 septembre 1905. A fait huit séances, les six premières de 30 minutes, 5 H chaque fois; les deux autres, de cinq minutes chacune. Septembre 1905 : 22, 27, 29. Octobre : 10, 17, ganglions très tuméfiés. Novembre, le bourrelet s'accroît, la plaie se creuse et suppure : 13, 16. Décembre : bourgeons au fond de la plaie, suppuration intense, extension de la plaie en largeur et en profondeur, douleurs vives. 22, réaction. Puis nouvelle extension, plaie très profonde en raison de la tuméfaction du bourrelet. Février 1906 : extension progressive, suppuration abondante et fétide, paralysie faciale. Le malade souffre, ne dort qu'avec du trional, mais, malgré tout, conserve un bon état général. Mars : même état.

Obs. II. — M. B..., 57 ans. Epithélioma de la région temporale, datant de trois ans. Le malade ne s'est pas encore soigné. Traitement radiothérapique commencé le 24 janvier 1906. A fait six séances, la première de 5 H en trente minutes, les autres de cinq minutes. Janvier 1906 : 24, à la tempe; cinq jours après cette séance, douleur, apparition de ganglions préauriculaire et rétromaxillaire qui deviennent volumineux et douloureux spontanément; à partir de ce moment les séances sont faites seulement sur les ganglions. Février : 10, sur le ganglion rétromaxillaire, douleurs vives dans la tête apparues trente-six heures après la séance; 13 sur le ganglion rétromaxillaire, même aspect de l'ensemble, les ganglions sont toujours très durs, très volumineux et douloureux; 20, sur le bourgeon épithélial, même état dur et douloureux des ganglions; 23, sur le bourgeon épithélial, pas encore de radiodermite, les ganglions ne sont pas modifiés; 27, sur le ganglion rétromaxillaire Mars : 1^{er}, les ganglions sont dans le même état, mais ils sont moins douloureux, la néoplasie ne s'est pas modifiée.

Les dangers et les contre-indications de la radiothérapie dans le traitement des épithéliomes de la peau.

Par M. LEREDDE.

S'il existe, et on ne peut qu'en être heureux, une tendance à diminuer le nombre des méthodes thérapeutiques employées dans certaines maladies, tendance qui ne sera jamais trop prononcée à mon avis, il faut regretter et même condamner la tendance de certains médecins à ne pas garder de mesure et, sans autre cause, à n'employer qu'une seule méthode, parce qu'ils en connaissent la technique, lors même que cette méthode n'a pas sur d'autres une supériorité *absolue* et *constante*. Si les chirurgiens ne connaissent pour traiter certaines affections que les procédés chirurgicaux, il ne faut pas que dans d'autres les radiothérapeutes veuillent employer la radiothérapie d'une manière exclusive. Mais ces excès, dans tous les sens, existeront tant qu'on n'aura pas apporté d'esprit critique dans les travaux de thérapeutique... et ceci peut se faire attendre longtemps.

Au Congrès de Dermatologie qui a eu lieu en octobre 1904 à Berlin, congrès auquel la question des épithéliomes de la peau et de leur traitement avait été proposée, un chirurgien éminent, et dont le nom est bien connu en France, le Prof. von Bergmann, prit la parole et communiqua la statistique des résultats qu'il avait obtenus dans le traitement chirurgical de l'épithéliome cutané. Statistique remarquable, démontrant la cure complète et définitive dans l'immense majorité des cas. Le Prof. von Bergmann concluait à l'adoption d'une règle simple qu'on pourrait formuler ainsi : Hors du bistouri, point de salut. Sans parler des autres méthodes de traitement, il ne s'opposait pas du reste à l'emploi de la radiothérapie dans les épithéliomes *inopérables* !

Je ne sais si tous les chirurgiens allemands ont une pareille intransigeance, et si tous bannissent la radiothérapie de la thérapeutique du cancer de la peau. En France, il n'en est pas de même, et certains chirurgiens, Tuffier, entre autres, ont employé les rayons X dans cette affection. Des discussions qui ont eu lieu à la Société de Chirurgie ont montré que nos chirurgiens faisaient preuve d'un esprit libéral et que nombre d'entre eux étaient disposés à utiliser la radiothérapie, même dans d'autres cancers que celui de la peau, et, par exemple, chez des malades atteintes de cancer du sein, et cherchaient à déterminer : 1° les cas dans lesquels il faut opérer d'emblée ; 2° ceux dans lesquels il faut opérer, puis faire de la radiothérapie ; 3° ceux dans lesquels il faut faire de la radiothérapie sans intervenir par le bistouri.

Je crois bien qu'on s'accordera d'ici peu pour reconnaître à la radiothérapie une valeur *curative* dans le traitement de l'épithéliome cutané, directement accessible aux rayons, et, d'autre part, une valeur, non pas curative, mais *palliative*, dans le traitement des épithéliomes profonds. Les rayons X ne détruisent pas les tissus épithéliomateux lorsqu'ils ont à traverser, avant de les aborder, la peau, des tissus sous-cutanés et plus profonds ; bien plus, ils n'agissent en aucune manière sur les lésions qui ont envahi les voies lymphatiques et les ganglions à distance. Mais ils suppriment les douleurs *dans un très grand nombre de cas, et pendant une longue période de temps*, ils diminuent les œdèmes et l'infiltration des tissus et grâce à ces actions élémentaires peuvent faire disparaître les symptômes dont la douleur, l'œdème sont peut-être l'origine ; c'est ainsi que chez des malades atteints de cancer d'estomac, les rayons X peuvent souvent faire disparaître les vomissements et l'anorexie. Bref, et il faut qu'on le sache, la radiothérapie est une admirable méthode d'amélioration des cancers profonds, et d'autant plus utile que ces cancers sont moins profonds et peuvent absorber une plus grande quantité de rayons sans accidents dangereux pour la peau qui les recouvre.

* *

Une question reste à résoudre, qui a été soulevée. La radiothérapie ne peut-elle hâter l'évolution, précipiter la marche de certains cancers ? Des auteurs ont affirmé avoir vu des cancers prendre une marche rapide à partir du moment où la radiothérapie a été faite, mais leurs observations sont loin d'être concluantes, et seule serait probante une série de faits assez nombreux et précis. Dans les faits publiés, on ne peut savoir si l'apparition de nouveaux accidents, une évolution plus rapide ne sont pas simplement d'ordre naturel et non pas liées à l'intervention thérapeutique. La question pourra être

résolue par l'observation de malades atteintes de cancer du sein, chez lesquelles l'évolution des accidents locaux peut être suivie de près, puisque le médecin a réellement les lésions sous la main. Jusqu'à nouvel ordre, on peut admettre que les dangers de la radiothérapie dans les cancers profonds ne sont pas démontrés, que les avantages le sont et qu'on peut s'en servir sans hésitation pour *atténuer* les accidents du cancer.

On n'a pas signalé jusqu'ici, à ma connaissance, d'aggravation consécutive à la radiothérapie chez les malades atteints d'épithéliomes de la peau (1). Je voudrais dans ce travail essayer de classer et d'énumérer quelques contre-indications de la méthode : on verra que dans des cas, rares il est vrai, où j'ai appliqué les rayons X, j'ai eu à regretter de l'avoir fait. Je serai conduit en outre à rechercher si la technique actuelle, au moins celle qui devient classique en France, ne doit pas être modifiée.

* *

Bien entendu, je crois, et un grand nombre de médecins, qui ont vu des malades traités et guéris sont actuellement de cet avis, aux indications formelles, fréquentes de la radiothérapie dans les épithéliomes de la peau.

La formule du Prof^r von Bergmann est une formule de chirurgien, ignorant ou voulant ignorer l'évolution propre du cancer cutané, si lente, si torpide, et qui laisse au médecin le temps d'agir sans brutalité. Cette formule ne me surprend pas de la part d'un chirurgien célèbre ; certaines notions, élémentaires pour les médecins qui exercent une spécialité, sont ignorées de ceux qui en exercent une autre et surtout de ceux qui l'exercent le plus brillamment ; d'autre part, beaucoup de médecins ignorent des notions qui paraissent élémentaires aux spécialistes : combien n'en ai-je pas vu qui étaient surpris en apprenant qu'une lésion observée par eux sur la peau depuis six ans ou plus était du cancer, de l'épithéliome, si l'on veut prendre un terme anatomique et non le terme clinique, qui prête à confusion.

Les avantages propres à la radiothérapie, et qui sont bien connus aujourd'hui, sont l'indolence du traitement, la perfection esthétique de ses résultats. Appliquée à un épithéliome cutané qui n'a pas envahi les voies lymphatiques, elle doit amener la guérison d'une

(1) Il existe cependant une note de M. Danlos, communiquée à la Société médicale des hôpitaux dans la séance du 2 février 1905, signalant des insuccès et des accidents ; les faits de M. Danlos concernent surtout des cancers des lèvres et non des cancers du tégument de la face. Des auteurs américains ont signalé l'aggravation du cancer des lèvres par la radiothérapie et, pour ma part, je me refuse systématiquement à toute intervention radiologique dans ce type morbide.

manière définitive. *A condition*, faut-il ajouter, qu'elle soit bien faite. Mais cette restriction s'applique à toutes les autres méthodes. Nous verrons plus loin ce qu'il faut entendre par radiothérapie *bien faite*.

L'inconvénient principal de la méthode se trouve dans ce fait que tout médecin n'est pas radiothérapeute. De sorte que souvent le praticien préférera employer des procédés qui sont à sa disposition, et il en aura parfaitement le droit, s'il les manie de façon à guérir son malade. En général, il emploiera des caustiques chimiques. Il aura tort, à mon avis, lorsque l'épithéliome ne sera pas une toute petite tumeur limitée, petit papillome, petite perle, petite saillie hyperkératosique. Il est difficile, au moyen des caustiques chimiques, de détruire exactement *tous* les tissus malades ; neuf fois sur dix au moins un épithéliome de la peau devenu grave est un épithéliome cautérisé d'une manière réitérée pendant des années sans résultat. Je crois que le médecin doit préférer, aux caustiques chimiques, le curettage avec cautérisation thermique secondaire. Mais je ne veux pas me laisser entraîner hors de mon sujet, et comparer de près ici les méthodes de traitement de l'épithéliome de la peau. J'ai récemment traité ce sujet dans divers périodiques (1).

Si nous cherchons à établir les indications respectives de la radiothérapie et de l'ablation, nous verrons que dans beaucoup de cas l'hésitation est permise et que le médecin peut agir à son gré. Souvent le malade, impressionné par le mot opération, préférera la radiothérapie et indiquera au médecin, si celui-ci le laisse libre de son choix, la ligne de conduite à suivre.

Mais il y a des cas où la radiothérapie est, d'une manière indiscutable, préférable à l'ablation. J'ai déjà essayé d'en donner quelques exemples.

En premier lieu, les épithéliomes des paupières me semblent relever sans conteste des rayons X. On sait combien il est difficile de guérir ces tumeurs par les caustiques. Le médecin ignore les limites de l'épithéliome palpébral, car sa dureté se confond avec celle des tissus voisins.

La radiothérapie offre l'avantage, grâce à son action élective, d'amener la destruction et l'élimination des tissus néoplasiques, de respecter les autres. Et elle ne produit pas l'atrésie de la fente oculaire comme le fait l'ablation (2).

(1) LEREDDE. *Revue pratique des maladies cutanées et Journal des praticiens*.

(2) Le Dr Trouseau a publié récemment dans la *Presse médicale* l'observation d'un malade chez lequel la radiothérapie avait échoué et qui guérit par l'ablation. Mais on n'apprend pas dans le travail de l'auteur comment la radiothérapie avait été faite. D'autre part, le travail n'établit pas que l'ablation ait donné une guérison définitive.

Dans les épithéliomes un peu étendus du nez, dans ceux qui ont ouvert les narines, la radiothérapie permet de respecter intégralement le squelette. L'opération chirurgicale oblige souvent à enlever des tissus osseux, alors que l'application des rayons X ne *détruit que ce qui est malade* et (bien faite) *détruit tout ce qui est malade*.

Pour compléter ces indications, je signalerai des épithéliomes très étendus en surface, mais sans profondeur, où l'intervention chirurgicale exigerait des sacrifices considérables. Je ne puis du reste avoir la prétention d'énumérer ici et dès à présent tous les cas où les rayons X doivent être préférés ; d'autres auteurs pourront peut-être en trouver d'autres. Je veux maintenant signaler les dangers possibles de la radiothérapie et essayer de dégager des contre-indications ; dans les cas dont je vais parler, l'ablation doit être préférée par le médecin.

Le premier cas dans lequel j'ai pu constater les dangers de la radiothérapie, remonte maintenant à un an et demi. Il concerne une dame âgée de 70 ans, qui présentait, depuis plusieurs années, une épithéliomatisation entièrement superficielle de la partie inférieure de la joue gauche.

L'affection ne s'était pas étendue et avait guéri sur beaucoup de points, grâce à des galvanocautérisations, des curettages superficiels. Un mois environ avant l'époque où je vis la malade, s'était développée une petite nodosité, qui occupait la partie moyenne du derme ; elle avait atteint peu à peu le volume d'un petit pois.

Le développement rapide de cette lésion m'inspira quelques craintes et j'hésitai à faire de la radiothérapie. La malade résista à une proposition d'intervention opératoire ; comme il n'y avait en somme aucun symptôme d'infection à distance, d'invasion des lymphatiques et des ganglions, je finis par me décider : quelques séances de radiothérapie amenèrent la disparition complète du nodule. La guérison parut complète ; une petite cicatrice régulière, blanche se forma. — Au bout d'un an, la malade revint me voir ; elle présentait depuis peu une grosse adénopathie *cancéreuse* sous-maxillaire qu'il fallut faire enlever au bistouri. Une ablation large de la petite tumeur constatée l'année précédente, aurait évité, j'en suis convaincu, l'invasion des lymphatiques et la mort de la malade.

Un second cas défavorable concerne un homme d'une trentaine d'années dont la face était couverte, d'ancienne date, par un immense lupus érythémateux. Sur la joue gauche se développa un épithéliome qui, en six mois, prit le volume d'une mandarine, épithéliome végétant, mou, extrêmement vasculaire.

Une opération paraissait contre-indiquée, elle aurait exigé des sacrifices considérables : l'ablation d'une grande partie de la joue et une large greffe consécutive. Je préférai la radiothérapie ; quelques séances firent disparaître l'épithéliome, une cicatrice régulière se forma à la place. Un mois après, je revis le malade : le cou présentait un grand nombre de ganglions de développement récent, durs, évidemment cancéreux. Je n'ai plus entendu parler du malade, qui doit être mort à l'heure actuelle.

Troisième cas. Un paysan de 60 ou 61 ans me fut adressé pour être traité d'un immense épithéliome végétant qui couvrait depuis une vingtaine d'années le menton, la lèvre inférieure, et s'étendait largement sur la joue gauche. Cet épithéliome exhalait une odeur infecte... J'admirai l'incurie de cet homme qui se préoccupait fort peu de son mal et ne s'en était pas préoccupé pendant vingt ans. Il ne pouvait être question d'opération chirurgicale : une vingtaine de séances de radiothérapie firent disparaître les lésions, une cicatrice les remplaça au niveau du menton, de la lèvre inférieure et de la joue. Mais je revis récemment le malade, présentant *dans l'épaisseur de la joue* une masse épithéliomateuse. Je conseillai de faire une opération, le malade s'y refusa de la façon la plus formelle. Il est mort maintenant.

Dernier cas. J'ai vu récemment une jeune femme atteinte d'un épithéliome mélanique du rebord de l'oreille, avec infection cancéreuse des ganglions du cou. Cette malade portait, il y a trois ans, une petite tache mélanique, qui fut cautérisée au thermocautère ! Comme il est de règle en pareil cas, le nævus irrité fut le point de départ d'une tumeur mélanique, laquelle s'agrandit peu à peu. La malade fut traitée par la radiothérapie sans aucun résultat : la tumeur continua à s'accroître, les ganglions furent pris. Quand je la vis, il me parut que toute opération était inutile, et je dus me borner à prescrire un traitement arsenical.

* *

A quelles déductions conduisent ces observations fort différentes les unes des autres ? Bien entendu, je ne les énumérerai qu'avec réserves ; de nouveaux faits permettront peut-être à d'autres auteurs de mettre au point, de rectifier les opinions que je vais émettre.

Dans les deux premières observations, un fait est commun : la rapidité du développement des lésions épithéliomateuses. Il est tout à fait exceptionnel d'observer des épithéliomes cutanés qui atteignent en six mois le volume d'une mandarine et même en un mois le volume d'un pois. Il s'agit, chez mes deux malades, de types d'observation rare.

Mais je suis prévenu et je refuserai à l'avenir de faire de la radiothérapie dans des cas où l'épithéliome cutané n'a pas la démarche torpide, extraordinairement lente qu'il présente peut-être 99 fois sur 100.

Affection microbienne ou non, le cancer est une maladie infectante ; chaque cancer a sa « virulence » propre, et on peut admettre qu'il est dangereux de faire de la radiothérapie lorsqu'un cancer de la peau est plus virulent qu'il ne l'est d'habitude. L'histoire du malade dans chaque cas permet de renseigner le médecin. Dans ma seconde observation, l'épithéliome avait eu depuis son début une marche rapide ; la première concerne une malade chez laquelle l'évolution avait été extrêmement torpide pendant des années, mais chez

laquelle était survenue une petite tumeur ayant acquis rapidement un volume appréciable, et, qui plus est, intradermique. Cette tumeur aurait dû, je le répète, être enlevée et non détruite.

Ma troisième observation prête à des considérations fort différentes, parce qu'il s'agit d'un cas extraordinairement lent dans son évolution, malgré le développement considérable des lésions, et ayant conservé sa marche lente jusqu'au moment où on pratiqua la radiothérapie. Comment expliquer la récurrence grave chez le malade ? Il ne s'agissait pas, je le rappelle, d'une récurrence de surface, mais d'une infiltration cancéreuse profonde infiniment plus rapide dans sa marche que la tumeur initiale : en deux mois au plus, elle avait acquis le volume d'une noix. La radiothérapie avait-elle donc modifié la « virulence » des lésions, activé leur évolution, comme on a admis qu'elle peut le faire dans certains cas de cancer viscéral ?

Il est bien difficile de déterminer à quelle cause est due la « virulence » d'un cancer, tout autant que celle des maladies dont la nature parasitaire est démontrée. On ne peut parler que par hypothèses, et on doit renoncer d'avance à en démontrer le bien fondé. Il me semble que les conditions anatomiques doivent jouer un rôle considérable. Une tumeur cancéreuse qui se développe de dedans en dehors, qui peut bourgeonner tranquillement sur une surface libre, ne peut-elle devenir plus virulente, lorsque les conditions anatomiques où se trouvent les éléments qui la constituent sont modifiées, lorsque le médecin a déterminé, par exemple, une barrière cicatricielle gênant l'évolution ultérieure des cellules cancéreuses ? Voici un papillome dont les cellules s'élèvent régulièrement de la profondeur vers la surface, débordent le plan cutané et s'éliminent peu à peu après avoir subi ou non une kératinisation, l'influence des infections superficielles, peu importe. Le papillome est détruit, une nappe mince de tissu scléreux, cicatriciel ferme la surface. Si la destruction n'a pas été totale, absolue, que va-t-il se passer ? Les cellules épithéliales qui restent en profondeur conservent leur vitalité, elles tendent à se multiplier, n'est-il pas possible qu'elles se multiplient plus énergiquement ? que leur vitalité soit modifiée, sauf dans les cas où elles sont complètement nécrosées et disparaîtront à la longue.

C'est ainsi que j'expliquerais la récurrence profonde observée dans le troisième cas que j'ai cité plus haut, et le changement dans la virulence du cancer.

* *

Les considérations précédentes m'ont conduit à me demander si la technique que nous avons adoptée pour le traitement radiothérapique des épithéliomes doit être considérée comme définitive et ne

doit pas être modifiée dans une certaine mesure. Pendant longtemps la technique de ce traitement n'a pas été réglée. La crainte des accidents radiothérapiques obligeait les opérateurs à procéder avec beaucoup de prudence et de lenteur. Mais, depuis, des règles ont été adoptées par divers auteurs et il faut faire attention avant de leur accorder une valeur définitive.

La quatrième observation que j'ai rapportée ne suffit pas à elle seule à conclure qu'il est dangereux de traiter par la radiothérapie un épithéliome (ou un sarcome mélanique) ; je l'ai citée simplement pour montrer quels risques fait courir au médecin et au malade la croyance dans des formules trop simples. En présence d'un nævus mélanique, on ne doit pas agir comme en présence d'un épithéliome banal, on ne doit *rien faire*, ou, si l'on fait quelque chose, on doit enlever largement, *au delà des limites du mal*. Il est dangereux de cautériser les lésions, parce qu'on provoque l'extension et l'aggravation rapides, parce qu'on détermine presque à coup sûr l'infection ganglionnaire. Il est dangereux de faire de la radiothérapie, simplement parce qu'on peut enlever aux malades les chances d'une opération, quand il est encore temps de la faire. S'il s'agit seulement de traiter d'une manière palliative, de calmer des douleurs, de donner au malade la satisfaction morale, qu'il peut avoir par l'emploi d'une méthode dans laquelle on lui inspire confiance, c'est autre chose...

Je comprends bien aujourd'hui pourquoi certains chirurgiens ont protesté contre l'emploi de la radiothérapie dans les cancers autres que ceux de la peau. Le médecin est entraîné à traiter par les rayons X des cancers à une époque où ils sont encore curables par l'opération, parce qu'il ne distingue pas avec assez de netteté la radiothérapie méthode curative, de la radiothérapie méthode palliative, parce qu'il ignore encore que la radiothérapie ne peut guérir les cancers non cutanés, et vraiment on ne saurait le lui dire avec trop d'énergie. Je comprends également les dangers qu'il y a à faire de la radiothérapie une méthode non générale, mais universelle de traitement des cancers de la peau, même dans les formes rapides, même dans les formes très profondes, même dans les formes mélaniques. Depuis plus de deux ans, nous pouvons mesurer les effets des rayons X sur les tissus, et la technique a été réglée.

Brocq, Bisserié et Belot font absorber par la peau 8 unités Holzknacht en deux séances consécutives, et au bout de quinze jours font de petites séances pour achever la guérison.

J'ai moi-même adopté une technique à peu près identique, un peu plus systématique déjà. Je fais absorber par la tumeur 8 unités de Holzknacht en deux jours ; au bout de quinze à vingt jours, le traitement est repris de la même manière. On peut guérir ainsi en quatre ou

six séances des épithéliomes de dimensions moyennes d'un centimètre de diamètre par exemple.

Dans un travail récent, Noiré, qui conseille de traiter *systématiquement* tous les épithéliomes de la peau par la radiothérapie, déclare qu'il faut faire absorber à chaque séance 5 unités de Holzknecht, en recommençant seulement tous les quinze jours (1).

Eh bien, ces techniques simples, faciles, uniformes et qui pourraient être appliquées par des radiologistes qui ne seraient pas médecins, ont des inconvénients. J'indique seulement ceux qui me viennent à l'esprit.

1° Il existe des épithéliomes hyperkératosiques et des épithéliomes perlés où la dose de rayons X qui suffit à détruire un épithéliome adulte ne peut suffire à amener la destruction.

J'ai indiqué dans un travail antérieur que les tissus cornés empêchaient la pénétration des rayons de Röntgen. Il faudrait donc, lorsqu'on veut traiter une tumeur hyperkératosique ou perlée, par la radiothérapie, employer des doses supérieures aux doses normales; mais le mieux n'est-il pas d'enlever les tissus cornés par la curette ou tout autre moyen, avant de faire de la radiothérapie, si l'on ne veut pas employer simplement le curettage avec cautérisation thermique secondaire?

2° Il existe des épithéliomes volumineux où une dose totale de 16 unités de Holzknecht est loin de suffire à amener la guérison.

Chez deux des malades dont j'ai parlé plus haut, la dose employée fut respectivement de 32 et de 168 unités H (dans ce dernier cas, il est vrai, l'extension de la tumeur obligea à traiter cinq points isolément), et j'ai regretté depuis de ne pas avoir employé une dose supérieure, qui aurait peut-être empêché le développement profond du cancer.

3° J'arrive à une notion beaucoup plus importante à mon avis. Les faits que j'ai rapportés montrent que des épithéliomes traités par la radiothérapie peuvent récidiver en profondeur par suite d'une inclusion de cellules épithéliomateuses qui est le point de départ des noyaux profonds.

N'y a-t-il pas lieu d'agir dans tous les cas comme dans les épithéliomes virulents de manière à éviter cette inclusion?

Pour y arriver, je crois qu'il y a lieu : 1° d'augmenter les doses de rayons X appliquées sur les épithéliomes cutanés; 2° de rapprocher les séries du traitement, de reprendre la radiothérapie avant l'époque où la transformation cicatricielle est achevée, et amener l'inclusion d'éléments épithéliomateux.

Les recherches que j'ai faites sur le traitement du lupus érythé-

(1) Technique du traitement radiothérapique de l'épithéliome cutané. *Presse médicale*, 12 oct. 1904.

Pelade et vitiligo.

Par MM. DANLOS et DEHÉRAIN.

Il s'agit d'un sujet chez lequel une pelade totale, à l'exception de quelques petits bouquets de follets, existe depuis 26 ans sans modifications. Elle s'est manifestée à peu près en même temps qu'une syphilis restée très bénigne bien que mal soignée, et s'est complétée en l'espace de quelques mois. Deux ans après elle s'est accompagnée de vitiligo. Aucun traitement n'a eu de succès jusqu'à ce jour, néanmoins les orifices pileux restés visibles semblent indiquer l'absence d'atrophie du bulbe pileux.

M. JACQUET. — Ce malade est syphilitique ; il est intéressant de remarquer qu'on a signalé, depuis longtemps, la fréquence de la pelade et aussi celle du vitiligo, chez les syphilitiques.

J'ai biopsié des décalvantes très anciennes, et j'y ai constaté la présence de follets intra-folliculaires ; de sorte que, dans les cas de ce genre, on peut toujours espérer qu'il y aura une repousse des poils.

M. SABOURAUD. — Cela est vrai ; je puis affirmer pourtant que dans un certain nombre de pelades, il est absolument impossible de trouver un follicule pileux sur des surfaces énormes. Il est certain que, dans ces cas, la repousse est impossible.

M. JACQUET. — J'ai fait simplement remarquer que j'ai trouvé des follets intrafolliculaires dans certains cas de décalvantes très anciennes ; mais je ne dis pas que ce soit la règle.

Syphilis psoriasiforme.

Par MM. DANLOS et DEHÉRAIN.

L'intérêt de ce malade réside dans ce fait qu'un chancre syphilitique actuellement en régression permet d'affirmer la nature des lésions disséminées sur tout son corps, lésions dont l'aspect et le lieu d'élection permettraient de croire à du psoriasis généralisé.

Sans avoir jamais présenté de psoriasis antérieur, il a été atteint de son chancre trois semaines environ avant de présenter des accidents secondaires psoriasiformes. Les lésions du cuir chevelu, des coudes, des genoux sont celles du psoriasis typique. Mais la confluence des éléments au niveau des plis de flexion, aux jarrets, aux plis du coude, à la paume de la main, l'apparition précoce de taches pigmentées succédant à la disparition de quelques éléments ont permis avec le chancre de dépister la nature syphilitique des lésions.

Le malade n'a présenté aucune manifestation secondaire sur les muqueuses.

La cause déterminante ou plutôt adjuvante de cette syphilis paraît avoir été une série d'excès alcooliques que fit pendant quinze jours consécutifs le malade pour se distraire de chagrins.

M. BALZER. — J'ai actuellement un cas absolument analogue dans mon service. C'est à ces modalités de syphilides qu'on doit réserver le nom de psoriasiformes, au lieu de l'appliquer, comme on le fait trop souvent, à toutes les syphilides papulo-squameuses.

Chancre des paupières.

Par MM. DANLOS et DEHÉRAIN.

Le chancre date de plus de 2 mois ; il siège à l'œil gauche à la fois sur les deux paupières. Lorsqu'on les écarte il semble qu'il y ait deux chancres distincts ovalaires, plats à fond lisse. Au dire de la malade, c'est seulement au bout de trois semaines environ que la lésion qui siégeait sur la moitié externe du bord de la paupière supérieure aurait infecté par contiguïté le bord palpébral inférieur. La malade affirme qu'elle présentait déjà de gros ganglions au moment où la paupière inférieure était encore indemne. L'état actuel des deux paupières ne montre pas que les deux chancres soient d'âge différent. Si les dates données par la malade sont exactes, il s'agirait d'une véritable auto-inoculation. Les ganglions cervicaux forment de grosses masses dans les régions pré-auriculaire, sous-maxillaire et sous-mentale.

L'éruption secondaire à caractère boutonneux s'est localisée sur la tête et le cou ; elle présente quelques éléments sur la poitrine et sur le ventre, mais presque aucun sur la moitié inférieure du corps. Le siège du chancre paraît donc avoir commandé la topographie de l'éruption.

Nous n'avons observé aucune plaque muqueuse chez notre malade.

M. JACQUET. — Ces cas ont un grand intérêt pratique ; j'ai observé un enfant de 4 à 5 ans, contaminé par sa mère, chez qui un petit chancre de la paupière avait été méconnu par plusieurs ophtalmologistes.

M. FOURNIER. — Les chancres de l'œil ne sont pas rares. Ils sont dus surtout à deux ordres de causes : d'abord, le baiser sur l'œil ; puis, la projection d'un peu de salive, ce qu'en terme vulgaire on appelle « un postillon ». Un de nos éminents collègues fut contagionné ainsi par la salive d'une malade dont il cautérisait les plaques muqueuses et qui lui cracha en pleine figure ; il se lava aussitôt ; il n'en eut pas moins, dans les délais ordinaires, un chancre de la paupière supérieure ; et il succomba plus tard à la paralysie générale.

M. DANLOS. — La première malade que j'ai présentée à la Société de Dermatologie était une petite fille atteinte d'un chancre palpébral, que sa

mère, affectée elle-même de plaques buccales, lui avait transmis, en souillant sur l'œil pour enlever un corps étranger (mécanisme du postillon).

M. FOURNIER. — J'ai observé deux cas de chancres, consécutifs à l'extraction. On sait, en effet, qu'on procède aisément à cette petite opération à l'aide d'un morceau de papier roulé entre les doigts et que parfois la mouille de salive. On conçoit que, dans ces conditions, il puisse y avoir contamination par la salive.

M. SABOURAUD. — J'ai observé trois cas de chancre de la paupière chez des tourneurs en cuivre ; ces ouvriers ont l'habitude de se servir mutuellement du bout mouillé de leurs cigarettes, pour enlever les poussières de cuivre qu'ils reçoivent dans l'œil.

M. BARTHÉLEMY. — J'en ai constaté un cas chez un maçon ; la contamination était due à un linge de toilette contaminé.

Tuberculose serpigineuse des membres inférieurs.

Par MM. DANLOS et DEHÉRAIN.

Depuis 47 années le malade est atteint de tuberculose de la peau.

Il est âgé de 55 ans. A l'origine, le mal siégeait sur la fesse droite : successivement, il s'est propagé à la région lombaire, à l'autre fesse, à la face postérieure des deux cuisses, à leur face interne. Il a littéralement labouré les couches superficielles de la peau, dans toutes ces régions, qui présentent, actuellement, un aspect cicatriciel atrophique, avec rides parallèles, de couleur blanche, mêlée de points rouges. Ces zones ne sont pas bordées de surfaces pigmentées. La limite entre la cicatrice et la peau saine reste pourtant très nette.

Depuis 40 ans le mal n'a plus de caractère serpigineux, mais les lésions se perpétuent dans les régions où nous le trouvons aujourd'hui encore, en pleine activité.

Actuellement, il existe des placards de tuberculose végétante à la face externe de la cuisse droite, sur une hauteur de 20 centimètres et sur une largeur de 8. Sur la face antérieure de la cuisse et du genou gauche, cinq placards de même nature. Toutes ces régions présentent de gros bourgeons végétants et mous, saignants au contact. Ils sont étalés sous forme de languettes papilliformes épaisses qu'il est facile de soulever. Certaines parties en régression donnent lieu à une cicatrice rouge violacé.

Le malade a été considéré, en 1867, par M. Hardy, comme atteint de scrofule serpigineuse.

Ces lésions n'ont pas nui à l'état général du sujet. Il est plutôt maigre ; ses cuisses présentent des muscles diminués de volume ; pourtant, le malade n'a jamais éprouvé de gêne fonctionnelle dans les membres inférieurs. Ses poumons ne présentent aucun symptôme de phthisie. Ses urines ne contiennent pas d'albumine.

Il nous a paru intéressant de constater l'innocuité relative de cette tuberculose locale restée active pendant près de 50 ans.

M. FOURNIER. — La nature tuberculeuse de cette lésion aurait besoin d'être confirmée par l'inoculation ou par la biopsie.

J'ai observé une lésion un peu analogue, en 1856, alors que j'étais interne de Ricord à l'hôpital du Midi. Il s'agissait d'un malade qui, à la suite d'un chancre simple, avait eu un bubon qui devint phagédénique. L'ulcération envahit de grandes surfaces, remonta dans le dos et se promena sur les membres inférieurs.

Quand je vis ce malade, l'ulcération persistait depuis quinze ans; Ricord voulut essayer d'en venir à bout en provoquant un érysipèle. Sur son ordre nous appliquâmes sur la plaie les pansements les plus sales, sans arriver à provoquer l'érysipèle demandé; en désespoir de cause, je me procurai, dans un hôpital voisin, des draps d'érysipéloteux dans lesquels le malade fut couché, sans obtenir le résultat désiré. Quoi qu'il en soit, il faut retenir ici ce mot de Ricord: « Tous les phagédénismes vieux se ressemblent ».

En présence d'un phagédénisme de cette nature, il est impossible de dire s'il relève d'une lésion chancreuse, syphilitique, ou tuberculeuse.

Tache ardoisée de la muqueuse buccale dans un cas de lichen de Wilson.

Par MM. DANLOS et DEHÉRAIN.

Chez un malade atteint d'un lichen plan typique, on voyait à la face interne de la joue gauche une large plaque ardoisée foncée, partiellement surmontée d'une couche opaline blanchâtre qui la laissait disparaître. S'agissait-il de lichen buccal ancien? Cette opinion pouvait se défendre. Les présentateurs croient plutôt à une lésion pigmentaire indépendante du lichen, et la plaque opaline de la bouche n'avait ni la rugosité ni l'aspect réticulé du lichen.

Érosions péri-anales à spirilles.

Par MM. DANLOS et DEHÉRAIN.

La malade est atteinte de lésions localisées autour de l'anus et près de la fourchette vaginale. Ce sont: 1° de petites érosions circonscrites superficielles à limites précises, à bords ourlés d'une bandelette épidermique très fine, à fond lisse rosé recouvert d'un pus crémeux épais; 2° des ulcérations allongées linéaires occupant le fond des plis radiés de l'anus.

L'examen bactériologique montre dans le pus des spirilles enchevêtrés en très grande abondance et des bâtonnets de nature indéterminée, ne prenant pas le Gram et que M. Vincent affirme n'être pas du bacille fusiforme. Il ne s'agit donc pas de l'association fusospirillaire, mais de spirilles et d'un bacille indéterminé.

Notre malade présente aussi une fissure anale et d'abondantes

pertes blanches ; il est difficile de décider si l'origine de l'inflammation cutanée est vaginale ou intestinale.

Les érosions circonscrites ressemblent typiquement à celles que l'on remarque chez l'homme au cours d'une balano-posthite érosive. Or MM. Berdal et Bataille considèrent le spirille comme l'agent de cette maladie. Ils ont observé, comme nous-mêmes chez notre sujet, que le pus à spirilles est épais et crémeux. Nous avons pu également vérifier que bien que bénigne l'affection de notre malade était tenace et récidivante, comme les balano-posthites.

Quant au bacille qui accompagnait les spirilles dans nos préparations, il est probablement le même que celui qui a été constaté par M. Queyrat également en symbiose avec les spirilles dans plusieurs cas de balano-posthite érosive.

La guérison a été obtenue par des applications de bleu de méthylène. Nous considérons donc ceci comme une manifestation pathogène chez la femme des agents qui déterminent chez l'homme la balano-posthite érosive. Nous avons cherché à justifier cette assimilation par la confrontation, mais le mari examiné ne présentait pas de balano-posthite érosive et disait ne pas en avoir eu.

Macules atrophiques syphilitiques.

Par MM. DANLOS et DEHÉRAIN.

Il s'agit d'un sujet entré pour un zona cervical et sur lequel le tronc était couvert de plaques atrophiques arrondies caractéristiques d'une syphilis antérieure. Ces plaques avaient succédé, comme cela est la règle en pareil cas, à une syphilide papuleuse très abondante. Chaque macule est ovalaire, blanchâtre. Lorsqu'on relâche la peau à ce niveau apparaissent des vergetures parallèles qui strient la plaque, mais disparaissent lorsqu'on tend la peau.

Contribution à l'étude des syphilides atrophiantes.

Par MM. BALZER et DESHAYES.

X..., chaudronnier en cuivre, que nous présentons aujourd'hui, est âgé de 40 ans ; il est entré à la salle Devergie, à l'hôpital Saint-Louis, pour une éruption limitée aux jambes et aux cuisses. Il s'agit, en réalité, de syphilides pustuleuses qui s'améliorent rapidement sous l'influence du traitement spécifique.

Son passé pathologique est des plus simples ; à part une adénite cervicale, quand il était jeune soldat, il n'y a rien à noter jusqu'à un chancre induré qu'il contracta, il y a un an ; ce chancre, dont on voit la trace à gauche du méat urinaire, survint dans les délais habituels, trois semaines à un

mois après le coït infectant, et guérit sans traitement spécial. Un mois après, apparut une éruption de syphilides dont le malade ne s'occupa guère, accompagnée de quelques plaques muqueuses autour de l'anus; elle persista environ six semaines et disparut, mais en laissant des stigmates sur lesquels nous attirons votre attention et que le malade ignorait complètement.

On remarque, en effet, aux points envahis primitivement par l'éruption, c'est-à-dire depuis le cou jusqu'à la racine des cuisses, la présence de petites *macules* légèrement décolorées qui seraient à peine visibles, si leur surface n'était plissée, comme gaufrée. Elles sont arrondies ou ovalaires; leur aire est déprimée, formant une sorte de cupule d'une couleur légèrement bleuâtre, quand on la regarde à jour frisant.

Dans le dos, surtout du côté droit où elles sont très nombreuses, leur réunion donne à la peau un aspect absolument chagriné. Aux environs des plis de flexion, leur forme s'allonge en suivant assez naturellement les plis cutanés. Les macules semblent s'effacer lorsque la peau est tendue artificiellement ou par un mouvement du malade; elles s'accusent, au contraire, quand la peau est ramenée dans un sens de flexion. Leur ensemble offre à la surface du tronc la disposition caractéristique des éruptions roséoliques ou papuleuses de la période secondaire; elles paraissent rangées en séries qui suivent la direction des côtes.

Ce reliquat d'éruption est évidemment indélébile, et cependant ce ne sont pas des cicatrices; en effet, si on déplisse la macule, on s'aperçoit que le fond est formé de la peau normale, qui n'a ni la blancheur, ni la rétraction d'une cicatrice; on ne voit même plus le contour de la macule quand la peau est bien étalée. A cet égard, la comparaison avec les cicatrices vaccinales du sujet est tout à fait concluante.

Il faut remarquer encore deux particularités: la première, c'est que beaucoup de macules, sur le dos principalement, conservent une coloration un peu rosée qui semblerait indiquer que le processus n'est peut-être pas encore complètement terminé en ces points; la seconde, c'est la coïncidence d'une pigmentation diffuse de la peau, qui entoure les macules et qui est localisée au cou et aux aisselles, pigmentation très légère et semblable à celle de la syphilitide pigmentaire.

.*.*

Un fait mérite d'être noté dans l'histoire de l'éruption qui a précédé les macules, c'est que, malgré son étendue, elle a été à peine remarquée par le malade qui ne lui a accordé aucune attention. Il a su toutefois que cette éruption avait existé, tandis que dans la plupart des cas de ce genre l'éruption maculogène passe inaperçue du malade. Ce fait, constaté plusieurs fois par les auteurs, s'explique en partie par la négligence des malades et en partie par les conditions pathogéniques de l'éruption.

Il nous semble, en effet, que l'atrophie de la peau tient souvent à la nature de l'infiltration papuleuse et à son siège dans l'épaisseur

du derme. Les papules superficielles, saillantes, donnent plus rarement naissance au développement de macules atrophiques. Celles-ci sont produites plutôt par des infiltrations papuleuses qui se forment au-dessous du chorion papillaire, en plein derme, ou bien encore qui occupent toute l'épaisseur du chorion papillaire et du derme et pénètrent même jusqu'à l'hypoderme en suivant les vaisseaux. Si l'on examine les macules atrophiques on voit que bon nombre d'entre elles, parmi les mieux formées, offrent la forme d'une cupule conique dans laquelle le derme semble avoir disparu. Lorsqu'il s'agit d'infiltrations papuleuses intradermiques et n'arrivant pas jusque dans le chorion papillaire, on conçoit que l'éruption puisse être facilement ignorée du malade. Le médecin lui-même ne peut l'observer qu'en y appliquant toute son attention. Nous avons observé surtout de telles papules *purement intradermiques* au cou, dans certains cas de syphilides pigmentaires : elles se montrent sous forme d'éléments discoïdes, visibles au centre des espaces dépigmentés. Sur le tronc, il est plus difficile de les constater nettement; l'infiltration papuleuse paraît plus irrégulière et plus diffuse, mais son extension en profondeur n'est pas douteuse, et c'est elle qui provoque l'éraillure des réseaux élastiques et la formation des macules atrophiques. On peut donc, au point de vue qui nous occupe, distinguer : 1° des papules superficielles qui ne donnent pas lieu à la formation des macules atrophiques avec éraillure du derme, mais seulement un petit plissé ou gaufrage très superficiel; 2° des papules intradermiques, dont l'évolution produit l'éraillure du derme, et la dépression cupuliforme caractéristique.

Mais il faut ajouter que suivant toute probabilité la formation des macules n'est pas liée exclusivement à une question de siège de l'infiltration papuleuse, et à la dissociation des tissus par celle-ci. Le problème est moins simple. Il faut tenir compte peut-être d'une prédisposition spéciale, chez certains individus, dont le derme serait fragile et prompt à s'érailler. Il est probable aussi que la nature même du processus produit par le *Treponema pallidum* et son action spéciale sur le tissu élastique dans certains cas déterminés, jouent un rôle important dans la pathogénie de ces altérations. Il faut tenir compte aussi de la durée particulière du processus dans certains cas, car on a noté parfois une progression excentrique de la macule longtemps après le début de sa formation. Des examens histologiques ont montré que l'infiltration cellulaire est là tout particulièrement tenace.

Chez notre malade, il est manifeste que dans certaines macules rosées ou même rouges, le processus n'a point complété son évolution qui se fait encore dans les parties profondes de la peau. En somme, les syphilides, qui donnent lieu aux macules atrophiques, doivent

être considérées comme ayant tout spécialement une évolution lente et progressive, malgré leur faible coloration habituelle.

En résumé, ces syphilides, par leur siège souvent profond dans la peau, par leur évolution lente et progressive, par leur action spéciale sur les réseaux élastiques du derme, méritent une place à part dans la classification des syphilides. Elles doivent porter un nom spécial, celui de *syphilides papuleuses atrophiantes*, qui a été proposé pour la première fois par M. Mibelli. Il faut toutefois faire une petite restriction à ce sujet, car il est possible que les macules atrophiques ne soient pas toujours causées par des papules vraies, plus ou moins profondes, mais parfois aussi simplement par des éléments de roséole.

En terminant nous ferons remarquer que notre malade ne présente pas seulement des macules atrophiques, mais aussi de la pigmentation du cou et des aisselles, pigmentation peu marquée, mais cependant très nette. C'est là un phénomène accessoire ; l'un de nous a déjà montré dans des publications antérieures que le phénomène de la pigmentation peut manquer complètement dans le processus de formation des macules atrophiques. Il est lié, sans doute, à la production d'altérations du sang extravasé qui peuvent faire défaut tout à fait dans certains cas. Il est à remarquer que les pigmentations se produisent au cou et aux aisselles, dans les endroits où les frottements favorisent l'extravasation sanguine. Chez notre malade la pigmentation ne s'étendait pas sur le tronc. En somme, les deux phénomènes de la pigmentation et de la formation des macules atrophiques ne sont pas nécessairement associés.

Deux cas de paralysie faciale chez deux conjoints, au cours de la syphilis secondaire.

Par M. FRANÇOIS-DAINVILLE.

OBSERVATION I. — Louise M..., 22 ans, journalière, entre le 26 octobre 1905 à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marie, dans le service de M. le Dr Muselier. Cette malade est atteinte d'une roséole syphilitique généralisée, ayant débuté deux jours avant son entrée à l'hôpital. Ses éléments sont maculeux et très nombreux, surtout sur le cou et le thorax. Pas de trouble de l'état général. Pas de maux de tête, rien dans la bouche, pas de chute des cheveux. La malade est mise de suite au traitement spécifique et prend chaque jour deux pilules de 0,05 centigrammes de protoiodure de mercure.

Le 2 novembre, on constate, à la visite du matin, l'apparition d'une paralysie faciale droite survenue pendant la nuit. La parole est légèrement embarrassée, les mouvements de la langue et des lèvres sont gênés. La face paraît asymétrique : les traits sont tirés en masse du côté gauche, tandis que les plis et les rides ont disparu à droite et que la figure paraît plus pleine de ce côté.

Cette asymétrie s'accuse davantage à l'occasion de mouvements et pendant la parole.

La langue est légèrement déviée à gauche lorsque la malade la tire en dehors. Impossibilité de fermer l'œil droit. Pas de déviation de la luvette, ni du voile du palais. Il n'existe pas de troubles du côté des organes des sens : pas d'hyperacousie, pas de modification de la sensibilité gustative à droite.

On ne constate pas par ailleurs de paralysie, ni même de parésie des membres.

La paralysie faciale persista huit jours avec ces caractères, puis disparut d'une façon rapide et complète.

Interrogée sur ses antécédents personnels, la malade nous apprend qu'elle a eu pendant l'enfance une variole qui a laissé sur la face des cicatrices encore visibles. Pas d'autre infection que la syphilis, contractée récemment. La malade est très nerveuse et impressionnable. Elle ne peut nous donner aucun renseignement sur sa famille et ses collatéraux.

1^{er} février 1906. — Nous revoions la malade : chute abondante des cheveux ; alopecie en aires. Pas trace de la paralysie.

22 février. — Apparition de syphilides pigmentaires du cou et de plusieurs plaques muqueuses amygdaliennes.

La malade est accompagnée de son mari, atteint, lui aussi, de paralysie faciale syphilitique, de date plus récente que celle de sa femme et dont voici l'histoire clinique.

Obs. II. — André M..., tailleur, 23 ans, a eu, en juillet 1904, un chancre syphilitique de la verge, dans la région du frein. Il reste sans traitement spécifique jusqu'au 18 décembre 1905. A ce moment, le malade éprouve un mal de tête très violent avec vertiges, et troubles de la marche. Les douleurs occupent le côté gauche de la face. Le soir, en causant, le malade s'aperçoit que sa parole est embarrassée et qu'il est très gêné pour manger, les aliments et la salive sortant de la bouche pendant la mastication. La paralysie faciale gauche fait ainsi son apparition et s'accroît les jours suivants en prenant des caractères identiques à celle décrite plus haut, à part toutefois, qu'elle siège à gauche au lieu d'être à droite.

En même temps que la paralysie faciale, on constatait, chez le malade, l'apparition de plusieurs groupes de syphilides acnéiformes, occupant la poitrine et la région abdominale. Mais l'attention fut surtout attirée par l'intensité des signes généraux, et par la névralgie faciale accompagnant la paralysie à gauche.

Comme antécédents personnels, le malade est manifestement névropathe mais ne présente, toutefois, aucun stigmate hystérique. Il n'a pas eu d'autres maladies antérieures, et n'a jamais eu d'affections de l'oreille gauche.

Le traitement spécifique par les injections de biiodure joint à l'électrisation, a produit une légère amélioration, mais on peut constater encore aujourd'hui les traces de sa paralysie faciale, ainsi que la cicatrice du chancre de la verge.

Chez ces deux malades, relevant d'une même infection syphilitique, la paralysie est restée une paralysie faciale périphérique, portant à la fois sur le facial supérieur et le facial inférieur, mais paraissant respecter les rameaux profonds.

Toutefois, chez le second malade, il faut noter que la paralysie faciale a été précédée d'un violent mal de tête et s'est accompagnée ultérieurement des phénomènes douloureux de la névralgie faciale, attribuable, comme l'ont montré M. Dieulafoy (1) et M. Testaz, à la participation du trijumeau.

Avec MM. Fournier, Gaucher, Balzer (2), on peut admettre que cette paralysie faciale précoce est causée par une névrite précoce du nerf facial qui se comporte d'ailleurs comme les autres névrites de la période secondaire de la syphilis (3). Chez le second malade, le traitement spécifique a été négligé au début de la syphilis, ce qui explique en partie le pronostic plus grave de la paralysie ; enfin celle-ci est survenue à une époque plus tardive de la syphilis. Enfin, il faut tenir compte aussi chez ces deux malades de l'élément nerveux très développé chez chacun d'eux et qui explique la localisation de l'infection syphilitique sur les nerfs périphériques qui représentent un point déficient de l'organisme.

Onychomycose.

Par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.

Cette onychomycose est due à un parasite mycélien de nature inconnue. Malgré les apparences trichophytiques des filaments mycéliens dans les débris unguéaux, il est impossible de conclure à la trichophytie, et cela pour deux raisons : 1^o La culture six fois réessayée a toujours échoué, contrairement à ce qui est la règle pour tous les trichophyton connus ; 2^o les filaments mycéliens prennent dans l'ongle des formes variées souvent identiques pour des parasites différents, l'aspect morphologique seul ne permet donc rien d'affirmer.

M. Sabouraud, qui a fait siennes toutes ces questions des trichophyties, dit (*Pratique Dermatologique*) : « Longtemps on a cru à l'identité causale des onychoses trichophytiques et des tondantes ; cela est vrai en quelques pays où les trichophyton, d'origine animale, sont les seuls connus, même dans la tondante de l'enfant. Mais à Paris, les trichophyton, qui donnent les tondantes ordinaires de l'enfant, ne sont pas ceux qui fournissent la trichophytie unguéale (4). Les *trichophyton animaux* paraissent seuls pouvoir se localiser aux ongles. »

Ces espèces animales sont innombrables.

(1) DIEULAFOY. *Clinique de l'Hôtel-Dieu de Paris*, 1898-99.

(2) BALZER. *Soc. de Dermatologie*, 5 juin 1902.

(3) MENÉTRÉL. Névrites et polynévrites de la période secondaire de la syphilis. *Thèse*, 1898.

(4) On sait, d'autre part, qu'il n'est pas un seul cas connu d'onychomycose due au *microsporion* Audouini.

Si, suivant la méthode classique, on traite par la potasse à 40 p. 100, des débris unguéaux.

« On trouve les mêmes formes que dans la squame, mais elles sont plus irrégulières. Elles appartiennent toujours aux éléments mycéliens simples ou sporulés, mais les cellules mycéliennes y peuvent affecter les formes les plus variées, en sorte qu'il y a quelquefois un doute : *achorion* ou *trichophyton*. »

La « culture tranche la question. Elle est un peu moins aisée que celle de la squame en raison du nombre fréquemment considérable des infections secondaires ». Les espèces les plus fréquentes sont la *T. acuminatum* et le *T. violaceum*.

Toutes ces onychomycoses sont à parasites déterminés cultivables, et retrouvés en d'autres points du tégument (*favus*, *trichophytie*).

Ici il semble s'agir d'un parasite inconnu.

Les examens sur lame des rognures unguéales après imprégnation potassique montraient de nombreux tubes mycéliens ; mais les cultures six fois répétées sur 3 tubes de gélose à chaque fois (milieu Sabouraud, spécial à ces champignons), ont constamment échoué, quel que soit le point où la semence ait été prise : bordure ayant perdu son couvercle, bord décollé sous-unguéal, bord extrême touchant jusqu'à la lunule, là où l'on pouvait supposer le parasite plus jeune et plus proliférant (1). M. Sabouraud, dont on sait la technique impeccable, a lui-même fait ces essais (2). On peut donc dire que : *malgré toutes les apparences morphologiques d'un trichophyton, ce parasite n'est probablement pas trichophytique, car la culture de tous les trichophytions connus des ongles a été obtenue.*

Le seul point à noter est que sur lame, après coloration par les bleus, la plupart des traînées mycéliennes étaient brillantes, vides et paraissaient déshabitées.

En dehors du favus et des trichophyties animales connues, il existe donc des onychomycoses indéterminées.

Le malade étant un ancien colonial, peut-on supposer une de ces mycoses exotiques mal connues, non encore cultivées et dont le tokelau est un exemple ?

• •

L'observation clinique est d'autant plus intéressante que le début de cette onychomycose a été observé et décrit par M. Hallopeau, on peut donc suivre l'évolution de la maladie.

C'est une onychomycose *exclusivement unguéale* sans autre foyer tégumentaire.

(1) Sur ce bord externe de la colonie, là où le germe prolifère malgré la croissance continue de l'ongle, la maladie persiste, on aurait dû trouver un germe susceptible de culture, si la culture de ce germe inconnu était possible.

(2) La plupart des tubes restèrent à chaque fois stériles : on ne peut donc admettre que ce sont des germes étrangers qui ont étouffé les colonies du parasite spécifique.

Ce malade a déjà été présenté à la Société par MM. Hallopeau et Fouquet qui en ont donné l'observation complète (*Séance du 9 janvier 1902. Bulletins, p. 4. Moulage, 12 décembre 1901, Baretta, n° 2204*).

« Tous les ongles sont atteints à la main gauche. Ils sont épaissis, parsemés de taches blanchâtres, à contours irréguliers, qui occupent la plus grande partie de leur surface et en intéressent le bord libre sur une hauteur de 2 à 4 millimètres; elles sont entremêlées avec des parties normales. La partie inférieure de la couche cornée est tombée et laisse à découvert la couche sous-jacente incomplètement kératinisée » (et irrégulière) dans un rayon de 2 à 4 millimètres.

« La marche par extension progressive de ces taches blanches et l'intégrité de la lunule, montrent que l'affection se développe en foyers, d'abord isolés, qui intéressent probablement le lit, non la matrice de l'ongle. » Nous ajoutons que l'infection s'est faite par le bord libre de l'ongle (inoculation exogène) et, de ce premier foyer, ont essaimé les petites colonies du lit unguéal, révélées par les taches opaques dues à la pénétration de l'air (Unna).

« L'hyperkératose (du lit unguéal) indique une prolifération du tissu, sous-unguéal, sous l'influence de l'action parasitaire. » Les stries, les destructions partielles des lamelles et la chute complète des organes sont, au contraire, l'expression de dégénérescences secondaires.

Le diagnostic de ces mycoses uniquement unguéales est difficile; ici on pensa à une onyxis syphilitique, le sujet étant un ancien syphilitique. M. Danlos rectifia le diagnostic, on retrouva dans les ongles des filaments mycéliens, la culture fut tentée et échoua. Malgré tout, l'étiquette de trichophytie unguéale fut mise au bas du moulage.

A ce début, il faut relever quelques particularités. *Début par des taches blanches isolées; progression excentrique de ces taches; destruction de la couche cornée, à la partie inférieure de l'ongle, laissant à découvert une masse incomplètement kératinisée qui atteint jusqu'à 8 millimètres d'épaisseur; intégrité de la lunule; aspect strié de la surface; chute de ces organes suivie de leur reproduction.*

Sauf ces taches blanches isolées, ce sont les caractères généraux de toutes les onychomycoses. Mais ce début par des taches isolées, ou mieux la dissémination de colonies isolées peu après le début habituel par le bord libre de l'ongle semble particulière à cette onychomycose et la sépare de toutes les autres.

État actuel (janvier 1906). (Moulage du 2 octobre 1903, n° 2447.)

Les lésions sont *uniquement unguéales*, il n'existe aucun autre foyer tégumentaire actuel ou ancien; on ne retrouve pas, non plus, l'origine de la contamination. Elles sont indolentes, même pas gênantes.

Tous les doigts sont pris, à l'exception des troisième et quatrième doigts de la main droite. Mais ces troisième et quatrième furent auparavant; tombés, ils sont repoussés sains et semblent absolument normaux.

Alors qu'au début les lésions étaient différentes des autres onychomycoses,

maintenant (à ce que l'on pourrait appeler la période d'état) *elles ne se distinguent en rien de ces onychomycoses.*

La partie inférieure seule de l'ongle est atteinte, la partie supérieure, lunule et matrice, est indemne, ce qui explique que l'ongle continue de croître. Cette partie inférieure malade se divise en deux zones : la première supérieure où la lame supérieure lisse et brillante de l'ongle est conservée et laisse voir, par transparence, les lésions ; l'autre inférieure, où la table externe unguéale est tombée, mettant les lésions à nu. Dans la première zone, la table externe a conservé ses caractères normaux, c'est au-dessous d'elle que transparait la lésion, caractérisée par une large bande *blanche opaque continue*, comprenant toute la largeur de l'ongle, en bas, se continuant avec la deuxième zone, en haut, limitée par une ligne sinueuse.

La table externe cesse brusquement, *brisée* à la partie inférieure. La cassure est irrégulière et échancrée de une à trois incisures ébauchées de fentes longitudinales. Elle est *décollée*, il est facile d'effriter, au-dessous d'elle, le tissu sous-unguéal.

La deuxième zone, où, par la chute de la table externe, les lésions sont à découvert, a l'aspect classique de la moelle de jonc, dû à l'hyperkératose irrégulière et à l'infiltration d'air (Unna). Cette hyperkératose est telle que la tranche de l'ongle en est considérablement épaissie, atteignant jusqu'à cinq et sept millimètres.

Cette hyperkératose soulevant la table externe, exagère sa convexité (1) et tend à la décoller de ses rainures latérales, rarement elle y parvient ; on note cependant, sur le troisième doigt gauche, cette désinsertion qui laisse une fissure profonde et douloureuse.

La croissance de l'ongle paraît normale, ce qu'avaient déjà remarqué Köbner, Dühring et Lespinasse. La table externe est seulement striée, longitudinalement ; lésion banale due, d'après Köbner et Collas, à l'irritation à distance de la matrice.

Évolution. — Ces lésions sont donc assez *différentes* de celles du début, il suffit de *comparer* un même doigt (par exemple le *troisième doigt gauche*), sur les deux moulages 2204 et 2447.

En 1902 : lésions moins avancées, convexité unguéale normale ; insertions latérales conservées ; zone inférieure moins épaisse et moins tomenteuse ; bord inférieur de la table externe sain, net, curviligne, régulier, adhérent au tissu sous-unguéal, translucide, taillé en biseau non brisé ; zone supérieure non atteinte dans sa totalité ; les taches blanches et opaques sont multiples, isolées, séparées par du tissu sain rosé ; le long du bord de la table externe aucune de ces taches n'affleure ; stries longitudinales peu marquées.

En 1906 : lésions très avancées, convexité unguéale déformée, irrégulière ; désinsertion latérale et fissure ; zone inférieure très épaisse et compacte ; bord de la table externe, lésé, net, sinueux, irrégulier, échancré de deux incisures, blanc opaque, taillé à pic,

(1) D'une façon régulière ou irrégulière.

brisé, décollé; zone supérieure transformée en nappe continue atteignant le bord de la table externe, blanc opaque, mais respectant toujours la lunule, pas de points isolés; striation longitudinale très marquée.

L'affection est d'une désolante persistance (1). Depuis quatre ans, elle n'a fait que progresser; mais l'incurie du malade y est pour beaucoup, et la guérison des troisième et quatrième doigts droits prouve que l'on peut espérer une guérison complète et même assez rapide.

Tous les auteurs s'accordent à reconnaître le diagnostic difficile. Kaposi le proclame même impossible, en dehors de la coexistence d'autres foyers cutanés et de l'examen microscopique.

Très peu de caractères, dit Sabouraud, peuvent distinguer ces onychomycoses, des onychoses les plus différentes, staphylococciques, post-impétigineuses, etc.

Elles n'ont « rien de spécifique... tous les symptômes sont banaux » : épaissement du corps de l'ongle montrant sur sa tranche de larges pores « moelle de jonc », friabilité au grattage et aux érosions accidentelles, évidemment progressif, quelquefois au-dessous de la table externe plus ou moins conservée.

Cependant, il faut attacher la plus grande importance au *début par le bord libre, d'où la localisation à la partie voisine de ce bord libre avec intégrité de la lunule et de la région environnante, contraste persistant de longues années et presque indéfiniment; peut-être début par points isolés; succession des deux zones, inférieure découverte hyperkératosique épaisse, supérieure recouverte par la table externe presque intacte, séparée par le bord brusque, brisé de cette table externe.*

M. HALLOPEAU. — C'est à tort qu'on a étiqueté notre moulage sous le nom de trichophytie, le diagnostic porté était celui de mycose unguéale.

M. SABOURAUD. — Il m'a été impossible d'obtenir ici des cultures dans six essais successifs. Ce malade a résidé au Tonkin; or j'ai observé un certain nombre de mycoses de la peau originaires du Tonkin, du Siam et du Cambodge dont je n'ai jamais pu obtenir de cultures. Elles guérissaient avec la chrysarobine.

Lymphanénomes cutanés primitifs.

Par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.

Poursuivant l'étude des lymphadénomes, nous ajoutons au cas de lymphadénome primitif ulcéré de la lèvre, présenté à la dernière

(1) La névrite radiale gauche saturnine dont cet homme est atteint, favorise-t-elle cette persistance, par hypotrophie et défaut de résistance?

séance de la Société, un cas de lymphadénome cutané primitif multiple :

De multiples foyers lymphadéniques se sont développés en des points divers, en dehors de toute altération sanguine et de toute modification clinique des appareils hématopoiétiques.

Leur développement a été successif et inégal, plusieurs ont régressé spontanément alors que de nouveaux nodules apparaissaient.

Ces infiltrats sont *primitifs*, car il ne semble pas exister de foyer viscéral.

Les caractères histologiques sont spéciaux : *la réaction conjonctive autochtone prédomine sur l'immigration diapédétique des lymphocytes lymphatiques et vasculaires.*

Puisqu'elles résultent plus d'une prolifération locale du tissu conjonctif que de l'immigration lymphocytaire, ces néoplasies ne sont pas des métastases cellulaires par voie sanguine d'une tumeur primitive, mais effets d'une même cause pathogène agissant en des points différents.

OBSERVATION. — D..., Agé de 75 ans, fait remonter sa maladie à trois mois (début d'octobre 1905); les deux yeux étaient rouges et pleuraient pendant quinze jours, il n'en subsiste aucune trace (1). Puis, quelques jours après, apparurent deux taches, l'une à la face externe et toute supérieure de la jambe gauche, maintenant en régression et l'autre à la fesse gauche. Cette dernière, irritée par le frottement d'un panier, que notre homme, marchand de légumes, appuyait sur sa hanche, s'ulcéra; elle est maintenant en voie de cicatrisation, près de disparaître. D'autres taches apparurent successivement : quatre à la jambe gauche, et une à la jambe droite. L'infiltration faciale date de la fin novembre 1905; c'était d'abord un petit nodule dur et profond presque indolent que l'on prit pour une gomme; à la fin de décembre 1905 il s'aperçut que son testicule gauche augmentait. Le 2 ou 3 janvier 1906, apparut la dernière tache cutanée à la face externe du coude gauche, qui servit à la biopsie (19 janvier).

La chronologie semble donc avoir été : yeux (?), fesse et partie supérieure de la jambe gauche; face postérieure jambe gauche; face; face postérieure jambe droite; testicule; avant-bras gauche.

État en janvier 1906. — FACE : La moitié gauche de la face est *tuméfiée* et envahie par une *rougeur violacée* à bords assez peu nets; on croirait, de loin, une plaque d'érysipèle. *L'infiltration dermique, dure et élastique*, fait corps avec la peau qu'elle double, elle est *mobile sur les plans profonds*, ses bords sont, au palper, d'une grande netteté; il est facile de délimiter la plaque, elle comprend *toute la joue gauche*, remonte en haut jusqu'à l'os malaire, avance jusqu'aux sillons naso-génien et génio-labial, descend presque jusqu'au bord inférieur du maxillaire inférieur, en atteint l'angle en arrière, et reste à 2 centimètres du lobule de l'oreille. Au centre de la plaque, sur une surface nettement limitée et saillante, ovale, grande de 3 à 4 centimètres, l'épiderme est blanchâtre, opaque, un peu squameux, l'induration au-dessous

(1) On connaît des cas de leucémie débutant par une conjonctivite passagère ou tenace.

semble moins dure, le doigt délimite une sorte de large cupule peu profonde, qui semble produite par ramollissement et résorption *superficiels* de l'induration. Les jours suivants, la saillie s'affaisse, sans que l'épiderme se modifie, sans que rien ne transsude; une dépression de même grandeur remplace la saillie. L'induration y est la même que sur le reste de la plaque, peut-être plus élastique. Tout autour de cette dépression à épiderme épaissi et opaque s'étend une rougeur violacée diffuse, sillonnée de dilatations capillaires, parallèles, semblant rayonner de ce centre (1); l'épiderme et ses annexes paraissent peu touchés, les poils subsistent, les orifices glandulaires dilatés sécrètent abondamment (peau séborrhéique). La rougeur diffuse érythémateuse dépasse la zone des capillaires dilatés; l'infiltration à la palpation déborde la rougeur. On peut donc reconnaître *quatre zones du centre à la périphérie*, l'infiltration s'étendant sur les quatre : 1° centre à épiderme blanchâtre squameux; 2° rougeur foncée violacée et dilatations capillaires; 3° rougeur s'éteignant et diffusant; 4° infiltration persistant au-dessous d'un épiderme normal.

Cette plaque est sensible même spontanément, il n'y a *pas* douleur vraie, et pas d'irradiations névralgiques. *Aucun retentissement ganglionnaire.*

Aux *membres*, ce sont des infiltrations discoïdes violacées bistres, sorte de papules géantes (moulage Baretta n° 2462).

Fesse gauche : petite ulcération sans caractère en voie de cicatrisation, bordée d'un liséré d'épiderme jeune; elle repose sur une induration large, moins prononcée qu'au début et assez mal limitée.

C'est une lésion en voie de guérison.

Au-dessous d'elle, une cicatrice ovalaire fine et blanche, de 2 centimètres environ, repose sur une infiltration bien limitée; elle a succédé à une ulcération du début, de même qu'une cicatrice tout à fait semblable que l'on remarque à la partie postérieure et droite du thorax.

Jambe gauche : A la partie supérieure externe au niveau de la tête du péroné, *large tache pigmentée* ronde de 3 centimètres de diamètre, à bords diffus, non saillante et sans infiltration, sans cicatrice. Lésion guérie, il ne reste que de la pigmentation et un état lisse et brillant de l'épiderme.

Ces lésions de la fesse et de la partie supéro-externe de la jambe apparurent les premières. Les autres de la face postérieure suivirent.

Trois disques à la *face postérieure de la jambe gauche* :

Deux petits de 2 centimètres environ de diamètre, vers le tiers inférieur, au-dessous d'un grand élément situé à mi-hauteur du côté externe, d'environ 5 centimètres de diamètre. Un seul élément à la face postérieure de la jambe droite, d'environ 2 centimètres. Tous sont semblables. Ce sont des infiltrations discoïdes étalées, faisant corps avec la peau, mobiles avec elle sur les plans profonds, à bords nets. Cette induration, égale partout, paraît cependant, au centre du plus grand des éléments, donner la même sensation de cupule et de résorption superficielle qu'à la face. Cette infiltration, que décèle le palper, s'accompagne d'une saillie peu prononcée sur les bords, mais la saillie s'accroît vers le centre, exhaussée ainsi de 1 à 3 millimètres. La peau est violacée et bistre, de teinte claire, moins foncée qu'à la face. Au centre

(1) Ces dilatations capillaires existent, mais moins prononcées en peau saine à l'autre pommette et au nez.

de la lésion, l'épiderme desquame en larges squames minces et sèches. Le bord de l'infiltration est marqué du côté de la peau saine par une auréole brun violacé assez foncé, large de 3 à 5 millimètres, à bord net du côté de l'infiltration, à bord diffus du côté de la peau saine. *En résumé, trois zones : 1° infiltration et desquamation (avec, sur la grande plaque, cupule centrale) ; 2° infiltration et teinte claire ; 3° en dehors de l'infiltration, auréole violacé foncé.*

A la face interne de la jambe gauche, près de la tête du tibia, *élément en régression intermédiaire aux éléments de la face postérieure encore en activité, et l'élément guéri de la face externe.* L'infiltration de la base devient diffuse, la teinte violacée disparaît, ne laissant subsister que la teinte bistre de pigmentation ; l'épiderme continue de desquamer au centre.

L'élément du coude gauche, le plus récent de tous, enlevé par biopsie, a 10 millimètres environ, sa teinte est rosée, son infiltration papuleuse est nette, l'épiderme est intact, non desquamant.

On note encore sur la face antérieure de la cuisse droite une petite induration de 3 à 4 millimètres, recouverte d'un épiderme blanc, et, à la partie postérieure du thorax, deux petites papules rosées et infiltrées l'une ronde près du radius, à droite ; l'autre, ovulaire, près de la 11^e côte gauche. Ce sont peut-être des lésions naissantes (1).

Cette apparition successive des lésions, la régression spontanée de plusieurs d'entre elles, semblent tout à fait particulières à ce processus lymphadénique.

Le sang est normal, pas de leucocytose, les monos sont des grands mononucléaires, les lymphocytes sont rares.

La lésion *épididymo-vaginale du testicule gauche* semble appartenir à un autre processus, à la tuberculose qui, pleuro-pulmonaire atténuée et lente, a atteint depuis longtemps le malade et déterminé chez lui l'emphyseme.

Le paquet testiculaire gauche est gros, remplissant le scrotum. Le testicule même est voilé par une hydrocèle, l'épididyme paraît étalé et dur à la partie postérieure, le cordon n'est pas augmenté de volume. L'indolence est complète, l'affection paraît récente (fin décembre), n'a été précédée de rien autre et s'est développée en l'absence de toute blennorrhagie même résiduelle. La ponction retire 160 centimètres cubes de liquide jaune transparent. Il est devenu facile d'explorer le testicule et l'épididyme. L'épididyme est gros, dur, bosselé, étalé et élargi, masquant toute la partie supérieure du testicule, ses bosselures sont petites et très dures, peu sensibles, l'anse du cordon est impossible à percevoir, agglomérée qu'elle est dans la queue de l'épididyme ; au-dessus, ce cordon est normal. Le testicule, à demi caché par cet épididyme, paraît sain, de consistance normale et de surface lisse. La vaginale dégonflée se laisse facilement plisser, elle est épaissie.

Le testicule droit paraît normal, mais la tête de l'épididyme est un peu grosse, bosselée et dure.

(1) Sur tout le reste du tégument on note la dilatation des glandes sébacées et l'état huileux de la peau des séborrhéiques, de nombreuses cicatrices blanches (quelques-unes hypertrophiques), d'acné, quelques pustulettes périlaires, et deux petites verrues planes et pigmentées à la face antérieure du thorax. En un mot, un état séborrhéique avec ses surinfections.

Ces lésions ressemblent à de la tuberculose, peu à la syphilis, pas au lymphadénome.

Le liquide de la ponction a été centrifugé : il contenait de rares cellules, toutes mononucléées, les unes, de beaucoup les plus nombreuses, lymphocytes typiques, les autres mononucléaires moyens, à noyau rond ou incurvé du même type que dans le sang et les ganglions, quelques larges cellules, sans doute endothéliales. Aucun microorganisme n'a pu être décelé, en particulier, pas de bacille de Koch.

Ce liquide a été inoculé (le 29) à la dose de 2 centimètres dans le péritoine d'un jeune cobaye. Et le minime caillot spontané, d'environ 100 grammes de liquide, abandonné à la coagulation en vase stérile, a été inséré sous la peau du pli de l'aîne droite d'un cobaye, le 31 janvier 1906.

Antécédents. — D..., malgré ses 75 ans, est un beau vieillard droit et robuste. Il a eu la fièvre typhoïde à 23 ans. Vers 40 ans, il a été touché par une *tuberculose pulmonaire lente et torpide qui a provoqué chez lui l'emphysème pulmonaire généralisé*. A 43 ans, en 1876, il a eu une *pleurésie séro-fibrineuse gauche* ponctionnée plusieurs fois; il resta trois mois malade, on crut le perdre; il en conserva une « bronchite chronique », qui, peu à peu, a entraîné l'emphysème. Il est court de respiration, il tousse et crache, expectore des crachats muco-purulents (bacille de Koch); le soir la respiration est difficile et sifflante. Le thorax est dilaté, la respiration partout emphysémateuse (inspiration faible, courte, humée et rude; expiration faible, très prolongée et haute). Au sommet droit, en arrière, existe un foyer non douteux de tuberculose: *matité et craquements* (1). Le cœur est dilaté, un peu sourd, son rythme est bigeminé, donnant parfois à la radiale l'impression d'un pouls lent, par effacement de la deuxième pulsation. Foie et rate normaux, urines normales, pas d'hypertrophie ganglionnaire ni amygdalienne.

Il *nie toute syphilis* et tout chancre, il n'a jamais eu ni éruption, ni maux de gorge, ni céphalée, ni perte de cheveux. Il n'a eu que de l'acné entre 25 et 70 ans, dont il reste les nombreuses cicatrices, et un furoncle à l'avant-bras droit, à 58 ans, en 1890. En 1875, il semble avoir eu un peu de blépharite, ou petits boutons, sur le bord des paupières. Au régiment il a eu quelques « fleurs blanches », mais, depuis, aucun signe de blennorrhagie.

Il se porte bien, mange de bon appétit, travaille encore, et, ne serait son essoufflement qui trouble le début de son sommeil et l'empêche de marcher vite, il ne se « plaindrait pas ».

En attendant le résultat de la biopsie, de l'inoculation et du traitement antisiphilitique d'épreuve, on porta le diagnostic de sarcome ou de tumeurs lympho-conjonctives disséminées :

En effet, si l'on cherche quelques cas semblables, on ne trouve guère que les syphilomes en nappe, et les tumeurs sarcomateuses qui ressemblent à ce lymphadénome multiple. Le mycosis fongoïde néoplasique d'emblée, de Vidal et Brocq, en est très différent.

Les lésions des membres se rapprochent des sarcomatoses multiples, moulages 56-389 et 36-470 du musée de Saint-Louis. Le cas de Hallopeau (52-1107 et 1114 et 1078) en semble très différent. *Le cas de Danlos (52-2357)*,

(1) C'est un cas qui, entre tant d'autres, vérifie la nature tuberculeuse de l'emphysème pulmonaire, soutenue dès 1881 par le Prof^r Landouzy.

d'un sarcome de la joue, est presque identique à la lésion de notre malade; analogues seulement sont les sarcomes du nez (histologie par Gaston) 52-2360, et de la joue, récidivé après ablation, 52-1369, tous deux de Danlos et guéris par la radiothérapie (52-2423 et SMH, 17 décembre 1904; 52-2410). Tous ces cas sont étiquetés sarcomes.

L'histologie confirma et précisa ce diagnostic clinique, montrant qu'il s'agissait d'un LYMPHADÉNOME.

HISTOLOGIE, d'après DOMINICI (*Travail du laboratoire de M. Sabouraud*). — Le fragment examiné est le nodule récent de l'avant-bras gauche. (Fixation iodochlorure, éosine orange, bleu de toluidine; Van Gieson.) Au-dessous d'un épiderme non ulcéré et peu touché, s'étend une infiltration diffuse de cellules rondes ou polygonales mononucléées dans un réticulum conjonctif analogue à celui des follicules des ganglions lymphatiques, l'infiltration est diffuse, car elle se fait dans les papilles, le tissu sous-papillaire, le derme et l'hypoderme, car elle n'est pas systématisée, elle est à la fois péri-vasculaire, périglandulaire et périadipeuse, car les bords en sont mal délimités, les cellules s'infiltrant vers l'hypoderme entre les cellules adipeuses qui restent intactes et ne réagissent pas, et vers le derme où elles dissocient les fibres conjonctives.

Cette infiltration très inégale et irrégulière prédomine cependant au milieu de la coupe sous forme d'un gros placard centré par un follicule pilo-sébacé.

Çà et là, à distance, on voit la coupe d'un vaisseau non altéré, entouré d'un manchon de cellules identiques à celle du nodule principal.

(ZONE D'INFILTRATION MAXIMA.)

L'infiltration diffuse et continue, non systématisée, s'est faite dans le tissu conjonctif réticulé du derme.

L'accumulation cellulaire résulte de DEUX PROCESSUS :

1° RÉACTION CONJONCTIVE LOCALE essentiellement caractérisée par l'hypertrophie et la desquamation des cellules fixes qui prennent la conformation des mononucléaires de la lymphe et du sang.

2° APPORT DIAPÉDÉTIQUE DE LYMPHOCYTES.

Devant cette réaction des cellules fixes qui s'hypertrophient, s'ar-rondissent et se détachent du réticulum collagène, les fibres conjonctives collagènes et élastiques s'atrophient. C'est là une loi d'histologie générale. Les faisceaux dissociés et refoulés s'amincissent, forment un réticulum grêle occupé par des cellules conjonctives irritées et les mononucléaires sanguins venus par diapédèse.

1° RÉACTION CONJONCTIVE LOCALE A TYPES DIVERS. — Ces éléments nés de la prolifération de cellules fixes du derme forment la majorité de l'infiltrat et l'emportent sur l'infiltration lymphocytaire.

Les cellules fixes ont réagi suivant des types très divers :

a. Hypertrophie sans desquamation, avec persistance des anastomoses cellulaires et mise en évidence de ces anastomoses, formant réticulum cellulaire.

b. Réunion en plasmodes.

c. Hypertrophie et desquamation, mise en liberté des cellules fixes qui prennent le type des mononucléaires de la lymphe et du sang.

d. Karyokinèses.

a. Les unes s'hyperplasient mais *restent anastomosées, formant un réseau cellulaire intriqué dans le réseau collagène*, réseau à mailles étroites et à minces travées. On voit parfois, comme dans la substance folliculaire du ganglion lymphatique, une grande cellule conjonctive à protoplasma délicat, à noyau clair, tendue entre deux travées de collagène. Quelques-unes à noyau lobé, à protoplasma basophile et homogène (parce que dense et serré), envoient de fins prolongements entre les fibrilles conjonctives.

D'autres sont moins hypertrophiées, elles sont restées polygonales, leur noyau gros reste ovalaire et clair, centré d'un gros grain de chromatine, le protoplasma non spongieux reste acidophile.

b. Certaines se réunissent en masse de protoplasma basophile indivis parsemé de noyaux clairs formant *plasmodes*.

c. C'est dans le réticulum formé de cellules conjonctives en réaction anastomosées, et de fines fibrilles de collagène que desquamant d'autres cellules fixes. Elles s'arrondissent, se détachent des travées du réticulum, parfois encore adhérentes par l'une de leurs extrémités, plus souvent desquamées et libérées, elles sont hypertrophiées dans toutes leurs parties : le noyau rond ou incurvé est gros, ses travées chromatiniennes sont épaisses, il est ponctué d'un gros nucléole ; le protoplasma est tuméfié, *spongieux, basophile*. Elles sont arrondies ou polygonales et *prennent le type des mononucléaires de la lymphe et du sang (mise en liberté des cellules fixes)*.

d. Nombreuses sont les figures de *karyokinèse* normales ou anormales coïncidant avec la présence de *granulations* δ dans le protoplasma (1).

De ces réactions différentes résulte un aspect très divers de l'infiltration.

2° IMMIGRATION LYMPHOCYTIQUE. — A ces cellules conjonctives qui ont réagi suivant ces modes si divers et qui forment la majorité de cet infiltrat se surajoutent d'assez nombreuses cellules rondes embryonnaires du type lymphocyte. Elles proviennent des vaisseaux sanguins et lymphatiques et peut-être des karyokinèses des cellules fixes.

(1) Les granulations d'Ehrlich sont de gros grains basophiles irréguliers dus à la précipitation de la substance basophile primordiale du protoplasma de la cellule, le plus souvent au moment de la karyokinèse.

Quelques-uns de ces lymphocytes subissent la *transformation érythrophile*, c'est-à-dire que le noyau restant dense très basophile, le protoplasma s'accroît et se charge de granulations éosinophiles, *in situ*. Cette transformation locale en éosinophiles est facile à distinguer de l'éosinophilie par importation sanguine, car alors que les éosinophiles du sang ont un noyau clair et le plus souvent trilobé, les éosinophiles nés *in situ* conservent un noyau opaque dense, le plus souvent unique ou bilobé.

Pas de transformation en plasmazellen.

C'est donc avant tout une *réaction du tissu conjonctif fixe* suivant un mode assez simple et pur, *différent des réactions inflammatoires phlegmasiques*. Les cellules rondes embryonnaires lymphatiques ne sont pas à majorité. Cet état d'infiltrat *concorde avec la formule sanguine*. Dans le sang, en effet, les mono sont du type des gros mononucléaires, les lymphocytes sont rares.

(*Vaisseaux de l'infiltrat.*) — Ça et là quelques vaisseaux ont leurs parois épaissies. Les cellules endothéliales sont un peu tuméfiées, les fibres conjonctives des parois sont disjointes par des cellules conjonctives hypertrophiées. Toutes les cellules et les cellules périthéliales réagissent suivant le même mode que les cellules conjonctives de l'infiltrat.

Malgré la réaction du tissu conjonctif et la mononucléose, il ne s'agit pas d'un état inflammatoire franc complet, car il n'y a *ni exsudat fibrineux, ni polynucléose locale, ni diapédèse de polyneutrophiles, ni thrombose vasculaire, ni afflux de globules rouges.*

TISSUS ENVIRONNANTS. — Autour de ce placard principal, ce sont des lésions de même ordre mais de moins en moins prononcées et s'éteignant peu à peu vers la périphérie.

Épiderme : L'épiderme n'est pas ulcéré, il n'est qu'aminci et tendu : ses cellules n'ont pas réagi. Il est infiltré de quelques rares mononucléaires en migration, à noyau rond ou incurvé.

Papilles et couche sous-papillaires : Ces deux régions sont confondues par la disparition presque complète des papilles, due à l'amincissement et à la tension de l'épiderme.

Les lésions sont discrètes. Beaucoup de cellules conjonctives sont hypertrophiées, mais le noyau reste pâle, et le proto acidophile. La texture reste dense, souvent elle tend à devenir fibrillaire et s'accompagne de l'infiltration de quelques mono.

Un grand nombre de mono sont en migration, à noyau rond ou plissé, quelques-uns se transforment en plasmazellen.

Dilatation notable des capillaires lymphatiques et veineux. Très légère infiltration œdémateuse. Pas de polynucléaires dans le derme ni dans les vaisseaux.

Donc, il existe une ébauche de réaction conjonctive.

Derme : Faisceaux conjonctifs écartés par un léger œdème, hypertrophie et desquamation des cellules conjonctives, infiltrat cellulaire de plus en plus marqué, lorsque l'on se rapproche du placard central, hypertrophie des cellules endothéliales vasculaires et lymphatiques.

En résumé, réaction abondante des cellules conjonctives dermiques, presque pure et non phlegmasique, desquamation des cellules qui prennent le type de grand mononucléaire et se surajoutent aux mono d'importation vasculaire. Comme il est si fréquent de le voir dans le tissu lymphoïde, l'endothélium des nombreux vaisseaux sanguins est tuméfié. Le tout forme un *infiltrat de mononucléaires dans un réticulum conjonctif fin à mailles étroites dont les cellules conjonctives seraient hypertrophiées. C'est donc un LYMPHADÉNOME.*

Ce n'est ni la réaction des tuberculoses (1), ni de la syphilis. Ce n'est pas un lymphosarcome, car il n'y a pas transformation monstrueuse des cellules conjonctives, ni cellules géantes métatypiques.

Ce lymphadénome a des caractères un peu spéciaux.

Ce n'est pas le lymphadénome pur métastatique ; dans le lymphadénome métastatique pur, l'infiltration est presque exclusivement composée de cellules lymphocytiques immigrées par diapédèse, la réaction des cellules conjonctives est peu marquée, au lieu d'être prédominante, et il n'existe pas de réaction des cellules endothéliales.

Dans notre cas, au contraire, les cellules de la néoplasie sont avant tout formées par la desquamation et la transformation en mononucléaires des cellules fixes de la région ; les lymphocytes sont en minorité.

C'est cependant un lymphadénome puisque la néoplasie est une accumulation de cellules mononucléées dans un réticulum conjonctif à mailles étroites à fines travées. Mais *ce lymphadénome a pour caractéristique LA PRÉDOMINANCE DE LA RÉACTION AUTOCHTONE DU TISSU CONJONCTIF* sur l'immigration lymphocytaire diapédétique.

La néoplasie est donc formée de deux éléments : 1^o immigration lymphocytaire ; 2^o réaction locale du tissu conjonctif caractérisée par la transformation lymphoïde directe, *in situ*, du tissu conjonctif dermique.

PATHOGENIE. — Dominici admet, d'après ses recherches, qu'on confond avec des métastases pures, la production de tumeurs secondaires qui sont dues à la réaction locale des éléments constitutifs de la région néoplasée.

Il semble donc que chaque foyer soit dû à une réaction locale du tissu conjonctif, sous l'influence de causes que nous ignorons encore, et peut-être infectieuses. Ces néoplasies ne sont pas provoquées par une embolie métasta-

(1) L'inoculation a été négative.

tique lymphocytaire, partie d'un foyer primitif et proliférant sous la forme lymphocytaire, au point où elles s'arrêtent. Elles ne seraient pas, par conséquent, dépendantes les unes des autres, mais effets d'une même cause. Dans les tumeurs mésodermiques la métastase est la dissémination de la cause pathogène productrice de la néoplasie, l'embolus cellulaire joue un rôle accessoire, et n'est peut-être simplement qu'un vecteur.

Évolution. — Un traitement anti-syphilitique énergique est institué ou, plutôt, continué. Ce malade, venu à notre consultation, avait déjà eu trois piqûres d'huile grise avant son entrée dans le service (9 janvier 1906), on substitue le calomel indolore de Duret. On essaie l'iodure de potassium, mais l'intolérance est telle que l'on doit suspendre et on le remplace par l'iodo-maisine de Donard et H. Labbé, qui semble, sans en avoir les inconvénients, avoir les mêmes propriétés que l'iodure de potassium, puisque nous l'avons vue déterminer la résolution rapide de gommages authentiques sans l'addition de mercure. Malgré ce traitement intensif, les lésions ne régressent pas ; le 12 février, il en survient même de nouvelles à la face postérieure de la jambe gauche, autour des anciennes ; ces nouveaux foyers apparaissent sous forme de *nodosités dermiques analogues à celles de l'érythème noueux* ; les jours suivants, elles rosissent l'épiderme et, peu à peu, deviennent en tout semblables aux anciennes lésions. Le traitement spécifique fut donc cessé le 20 février, il avait été *iodo-mercurique et continué pendant plus de deux mois*.

Au contraire, le traitement *RADIOTHÉRAPIQUE* a donné, entre les mains de M. Noiré, d'excellents résultats. Déjà, devant l'insuccès du traitement iodo-mercurique, une première séance avait été faite sur l'infiltration de la face, le 1^{er} février ; les lésions rétrocédèrent rapidement. Le 20 février et les jours suivants, on a donc irradié tous les autres points cutanés.

Essais de culture du bacille lépreux.

Par M. P. ÉMILE-WEIL.

J'ai l'honneur de présenter à la Société de Dermatologie, le résumé d'un travail, publié dans les *Annales de l'Institut Pasteur* du 25 décembre 1905, auquel ceux qui s'intéressent à la question voudront bien se reporter pour tous les détails techniques. J'ai pendant un an, au laboratoire municipal de l'hôpital Saint-Louis, tenté d'obtenir des cultures du bacille lépreux, et quoique mes essais n'aient pas été suivis d'un succès complet, je crois avoir déterminé un certain nombre de points importants.

a) On peut arriver à faire pousser le bacille lépreux hors de l'organisme humain, en utilisant les cas de lèpre tuberculeuse. On choisira un nodule jeune, saillant, recouvert d'un épiderme intact, enchâssé dans le derme, de couleur rougeâtre ou jaunâtre. Ceux qui nous ont donné les meilleurs résultats avaient l'aspect de furoncles anciens, n'ayant point abouti à l'élimination du bourbillon et présentaient un centre ramolli, visible par transparence. Ils contenaient du pus, presque liquide, du suc lépreux, constitué par

des cellules lépreuses, et le bacille à réactions orthochromatiques, sans microbes étrangers.

Dans ces nodules, le bacille se colore bien et ne se montre pas granuleux. On peut savoir d'avance, en faisant un frottis lors de l'ensemencement, si la culture réussira. Il ne faut point faire deux prises au même nodule, la moindre trace de sang lépreux empêchant, nous a-t-il semblé, le développement des colonies.

b) Nous n'avons obtenu de cultures que dans l'œuf de poule frais, avec une fréquence relative, et sur des milieux gélosés à l'œuf de poule, à 37° et 39°. Les milieux ordinaires ne nous ont point donné de bons résultats. Huit fois sur dix, nous avons obtenu la végétation microbienne, en partant de nodules jeunes; et pour ainsi dire jamais, nos cultures n'ont été souillées par des microbes vulgaires. Mais nos cultures premières ne nous ont jamais donné de secondes cultures, comme si les cellules macrophagiques humaines étaient indispensables au développement du bacille.

c) La colonie se développe au cinquième jour environ sur la strie d'ensemencement, autour d'une parcelle lépromateuse, et s'accroît pendant une quinzaine de jours environ. Blanc jaunâtre sur la gélose-œuf, elle est jaunâtre sur le fond blanc des géloses-sérum; elle est ferme, facile à émietter, quand on l'écrase sur lame. Les bacilles ont tous les caractères orthochromatiques de bacilles jeunes et ne sont pas granuleux.

Nous vous présentons, outre ces frottis d'ensemencement, des frottis de culture au 45^e jour dans l'œuf de poule, et des frottis de cultures avortées sur divers milieux. Dans ces dernières, dès le 10^e jour, il ne reste plus trace des nombreux bacilles ensemencés, que les macrophages semblant phagocyter même *in vitro*.

Nous avons donc trouvé un moyen d'obtenir de façon assez constante la végétation *in vitro* du bacille lépreux, et obtenu des premières cultures manifestes. Nous pensons qu'en utilisant des lèpres plus virulentes que celles de nos climats, on pourra obtenir des résultats supérieurs aux nôtres, c'est-à-dire, des cultures en séries.

M. SABOURAUD. — C'est la première fois qu'on obtient une culture du bacille lépreux. Il a été impossible de passer à une seconde culture, mais peut-être y arrivera-t-on, en se servant d'une meilleure semence.

M. LEREDDE. — J'ai fait autrefois, avec Bezançon, des essais de culture de bacille lépreux et nous avons obtenu des cultures plus nettes sur la gélose au sang, mais nous n'avons pu obtenir de cultures en série. Les recherches de M. Weil montrent l'importance qu'il y a de disposer de bacilles en pleine vitalité et permettront peut-être d'obtenir des cultures sur d'autres milieux que celui qu'il propose aujourd'hui.

Auto-inoculation de chancres syphilitiques.

Par M. QUEYRAT.

A la séance du 11 janvier (1) dernier j'ai eu l'honneur de présenter à la Société de Dermatologie un malade que j'ai considéré, et que je considère encore, comme présentant un *résultat positif d'auto-inoculation de chancre syphilitique*.

Le cas en question était la suite d'une série d'autres analogues que j'ai présentés, en 1904 et 1905, à la Société médicale des hôpitaux.

Je dois reconnaître que mon opinion a été loin de réunir tous les suffrages : M. Renault m'a objecté que les accidents que j'avais produits étaient une simple conséquence du traumatisme d'inoculation, chez un individu en puissance de syphilis. C'était du moins l'opinion de notre collègue le 11 janvier, car j'ai eu le plaisir — à la lecture du Bulletin — de voir que depuis il a évolué et qu'il attribue maintenant les lésions que je vous ai présentées « *à l'inoculation, in situ, du pus très virulent du chancre syphilitique* ». Si cette transformation de l'objection de M. Renault rend incompréhensible pour le lecteur la réponse que j'y ai faite par les résultats négatifs des traumatismes témoins, elle me donne par contre la satisfaction de voir que mon excellent collègue accède maintenant à ma manière de voir, car ce que je vous ai dit, ce que je crois, c'est que les lésions que je vous ai montrées (et que je vais vous montrer tout à l'heure encore), ne sont autre chose que *le résultat de l'inoculation d'un suc syphilitique virulent à un organisme non encore complètement immunisé*.

Enfin notre vénéré Président — avec une sévérité, que justifient sans doute et sa grande autorité et sa longue expérience, — a durement qualifié les résultats que j'ai obtenus et que je vous présentais comme intéressants : « Ricord, nous a-t-il dit, connaissait bien ces déterminations qu'il appelait *fausses papules d'inoculation* ; ce sont des lésions banales que produirait l'infection par un produit quelconque, voire même la simple poussière, et il n'y a pas là d'auto-inoculation ».

Mais comme ce n'est qu'après mûre réflexion, après des expériences répétées et qui m'ont paru concluantes que je suis arrivé à l'opinion que j'avais l'honneur de vous exposer, j'avoue que je ne me suis pas laissé ébranler par les arguments de mes honorables contradicteurs, quelque estime, quelque admiration que je puisse avoir pour leurs connaissances cliniques, pour leur talent d'observation, et je vous demande la permission d'essayer de défendre et — je l'espère bien — de gagner ma cause.

(1) Pour des raisons de lithogravure, ma communication et la discussion qui s'en est suivie n'ont paru que dans le Bulletin de février.

J'examinerai et discuterai trois points :

1^o *Les résultats d'auto-inoculation que j'ai obtenus sont-ils des lésions banales et n'importe quoi peut-il les produire ?* (M. Fournier.)

2^o *Sont-ils le résultat des traumatismes d'inoculation ?*

3^o *Sont-ce des syphilomes ?*

I. — M. Fournier nous a dit que Ricord connaissait bien ces lésions et qu'il les appelait *fausses papules d'inoculation*. Je crois que notre vénéré président a dû faire un lapsus, car j'ai relu avec la plus grande attention, et d'un bout à l'autre, les *Leçons sur le chancre*, de Ricord, qui datent de 1856 et qui ont été si remarquablement rédigées et annotées par M. Fournier (1), le *Traité pratique des Maladies vénériennes*, de Ricord, publié en 1858 (2) et nulle part je n'ai vu qu'il fût question de *fausses papules d'inoculation* ; il est question de *fausses pustules*, ce qui, en langage dermatologique, n'est pas du tout la même chose.

M. FOURNIER. — C'est par erreur qu'on m'a fait dire *fausses papules*.

M. QUEYRAT. — La question étant tranchée sur ce point et restant sur le terrain des *fausses pustules*, je dirai que chez aucun de mes malades — déjà nombreux — auto-inoculés avec succès par le raclage des chancres syphilitiques, je n'ai observé de pustules mais des *papules*, minimes d'abord, qui augmentent progressivement de volume, s'élargissent jusqu'à atteindre les dimensions d'une lentille ou d'un pois et finalement se recouvrent de squamules minces. Ces papules se montrent d'ordinaire *douze* ou *treize jours* après l'inoculation, persistent longtemps et laissent parfois après elles une macule pigmentée persistante.

La question des fausses pustules de Ricord doit être réservée pour la discussion du diagnostic des inoculations à la peau du chancre mou et non pas du chancre syphilitique. Et si dans ce dernier cas il survenait des pustules, ce ne serait que secondairement à titre d'épiphénomène.

J'ajouterai que — si bien que j'aie cherché — je n'ai trouvé nulle part dans le relevé des centaines et centaines d'inoculations faites par Ricord et ses élèves, avec le pus de la blennorrhagie, de la balano-posthite, du chancre syphilitique adulte, des ulcères cancéreux, des ulcères tuberculeux, etc., nulle part, dis-je, je n'ai trouvé que les expérimentateurs aient produit avec ces différents produits une lésion comparable à celles que je vous ai présentées.

J'ai moi-même auto-inoculé maintes fois à des spécifiques du suc

(1) Paris, Adrien Delahaye (2^e édition), 1860.

(2) Librairie des Sciences médicales de Just Rouvier et E. Le Bouvier Paris (1858).

de chancres syphilitiques à la période d'état, ou même à la période d'augment (mais après le 11^e jour); je leur ai inoculé, au bras, le pus d'une blennorrhagie, d'une balano-posthite dont ils étaient atteints coïncidemment; jamais dans aucun de ces cas, jamais, je n'ai réussi à produire de lésion comme celle dont la nature est en discussion en ce moment. Pour l'obtenir, il faut, je le répète, *l'inoculation d'un chancre syphilitique jeune, de moins de douze jours et non traité*.

M. Barthélemy dans les commentaires dont il fait suivre ma communication, après avoir dit que les lésions produites *ressemblent à des syphilides papulo-squameuses*, ajoute, quelques lignes plus bas : « *on dirait que ce sont de simples pustules de fausse inoculation comme toute pustule pyodermique ou l'herpès peuvent en donner (1)* » ; il faudrait s'entendre : si c'est une papule ce n'est pas une pustule. Et, encore une fois, ce que j'ai obtenu c'est une papule et rien d'autre, et cette lésion ressemble singulièrement au début du chancre syphilitique *cutané* tel que l'a décrit M. Fournier (2) et qui est alors constitué, dit-il, « *par un tout petit bouton très légèrement papuleux, lenticulaire de forme, rougeâtre, desquamatif ou croûteux à la surface* ».

M. Barthélemy nous a dit que d'après ses souvenirs les résultats d'auto-inoculation obtenus par Erik Pontoppidan et présentés au Congrès de Copenhague de 1884, résultats auxquels il ne conteste pas le nom de *chancres*, étaient tout à fait autre chose que ce que je vous ai montré; il semble bien, au contraire, qu'il y ait une très grande similitude entre les faits expérimentaux de Pontoppidan et les miens. Les légères différences proviennent peut-être de ce que Pontoppidan pratiquait ses inoculations à l'abdomen, tandis que jusqu'à présent les miennes avaient été faites à la région deltoïdienne. Voici au surplus un résumé des observations de Pontoppidan.

OBSERVATION I. — (Chancre de quelques jours, non traité.) Trois inoculations à l'abdomen : sur les traces de l'inoculation, treize jours après, *papules* rouges, un peu surélevées, de la grosseur d'un grain de chènevis, qui, sept jours après, ont les dimensions d'un *pois*, seize jours après, celles d'une petite *fève* et qui sont sensiblement indurées.

Obs. II. — (Chancre de quinze jours) Trois inoculations à l'abdomen : au point d'inoculation, vingt et un jours après, papules rose clair, un peu élevées, de la grosseur d'une *tête d'épingle* : elles précèdent les accidents secondaires de huit jours, n'augmentent pas et deviennent écailleuses.

Obs. III. — (Chancre de quelques jours.) Trois inoculations à l'abdomen : treize jours après, surviennent sur deux des points d'inoculation, *deux papules* rougeâtres de la grosseur d'une tête d'épingle; l'une d'elles se

(1) *Bulletin*, 1906, p. 68.

(2) FOURNIER. *Traité de la syphilis*, Rueff, 1892, tome I, p. 32.

développe jusqu'à atteindre à peu près la grosseur d'un pois, elle est dure au toucher et présente à son sommet un petit collet d'écailles.

Obs. IV. — (Chancrè de date non précisée.) Trois inoculations à l'abdomen. Aucun changement jusqu'au douzième jour où, sur les traces des inoculations, on rencontre des *taches rouges* de la grosseur d'une tête d'épingle qui deviennent des *papules* de la grosseur d'un grain de millet, puis d'un pois et qui, à ce moment, se transforment en pustules et se couvrent de croûtes; le trente-sixième jour, les croûtes tombent, les papules s'aplanissent; le cinquante-deuxième jour, elles sont effacées, pâlies, mais encore appréciables. Éruption secondaire maculo-papuleuse au vingt-sixième jour.

Obs. V. — (Chancrè récent.) Trois inoculations à l'abdomen. Le treizième jour, sur une des inoculations, petite tache rouge qui devient, les jours suivants, une *papule* de la grosseur d'un pois, dure au toucher et bombée.

Je conclus : les lésions d'auto-inoculation que j'ai provoquées ne sont pas « *des lésions banales et que n'importe quoi, voire même de la simple poussière, peut produire* », ce sont des lésions spéciales qui ne se montrent qu'à la suite de l'auto-inoculation de chancres syphilitiques *jeunes et non traités*; elles ont beaucoup de ressemblance avec les résultats obtenus par Pontoppidan (Congrès de Copenhague).

II. — *Mes résultats d'auto-inoculation sont-ils la conséquence du traumatisme ?*

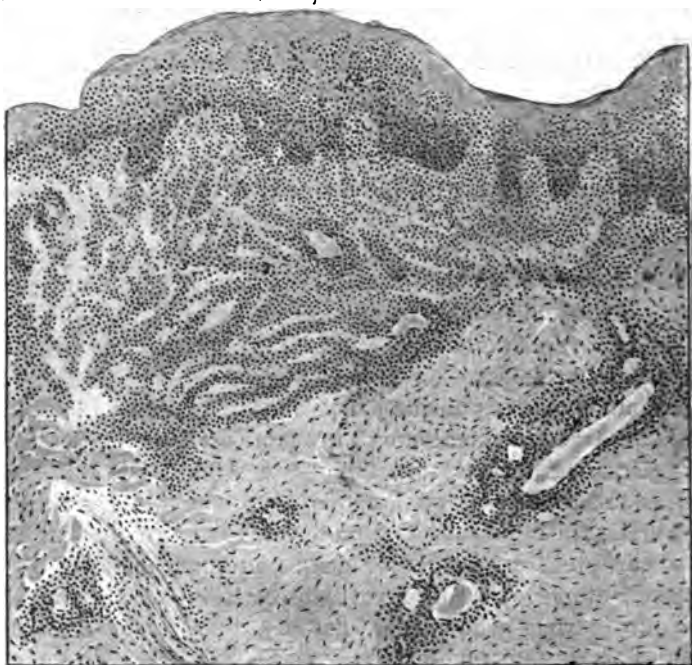
Apparemment non, puisque j'ai pris la précaution de faire à mes malades des traumatismes témoins avec un vaccino-style simplement flambé et que ces lésions sont toujours restées à l'état de simples cicatrices traumatiques, quelquefois avec une très légère saillie, mais jamais, ainsi que vous avez pu le voir et que vous allez le constater encore tout à l'heure sur deux nouveaux malades, jamais, elles n'ont été le point de départ de ces lésions largement papuleuses que je vous ai montrées. Est-ce à dire qu'un traumatisme profond, comme ceux que je fais, ne puisse pas, à la période secondaire, devenir un point de fixation pour les spirochètes en migration à la surface de la peau ? C'est là un petit problème intéressant qui mérite d'être examiné sur des biopsies; mais à rester sur le terrain de la clinique, jamais les traumatismes simples n'ont réussi à produire les lésions que provoque l'introduction sous l'épiderme du suc de chancre syphilitique jeune et non traité.

III. — *Les résultats d'auto-inoculation que j'ai produits sont-ils des syphilomes ?*

Les caractères cliniques de ces lésions, les conditions expérimentales dans lesquelles je les ai produites étaient déjà des arguments suffisants pour en faire des syphilomes, et c'est ce que j'ai affirmé. Mais j'ai tenu, par surcroît, à apporter à cette opinion l'appoint de l'examen anatomo-microbiologique, et, le 20 janvier, j'ai biopsié les

deux lésions d'auto-inoculation du malade que je vous avais présenté le 14; je les ai remises à M. Levaditi qui a bien voulu — et je l'en remercie vivement — les examiner avec grand soin et qui m'a donné à ce sujet la note que voici :

Lésions d'auto-inoculations. — Biopsie du 20 janvier 1906. *Fragment (a)* (procédé de la pyridine). L'épiderme non ulcéré est légèrement boursoufflé et épaissi. Les prolongements interpapillaires de l'épiderme sont plus longs et plus gros que d'habitude, les couches profondes sont infiltrées par des



Ch. Constantin.

FIG. 1.

polynucléaires bien conservés. Les lésions du derme sont relativement peu développées. Confluentes au niveau du soulèvement de l'épiderme (régions papillaires), ces lésions se présentent sous forme de bandes isolées dans les régions plus profondes (fig. 1). A un fort grossissement, on constate que dans la zone confluyente, les altérations sont constituées par une accumulation d'éléments mononucléaires autour des vaisseaux. Ceux-ci sont, en général, obstrués par le gonflement de l'endothélium dont les noyaux gros et clairs sont très apparents. Autour des vaisseaux, éparpillés dans un réticulum fibrillaire très fin et qui fixe légèrement l'argent, on distingue une quantité de cellules rondes ou ovalaires pourvues de noyaux arrondis ou allongés. Ce sont en partie des cellules du type lymphocytaire, en partie des éléments plus gros

qui rappellent les plasmazellen. Ça et là, on rencontre une figure karyokinétique. Plus loin de la surface, les altérations deviennent discrètes, elles ne sont plus représentées que par des amas de cellules rondes disposées le long des capillaires et des petits vaisseaux du derme.

On observe sur la coupe un assez grand nombre de spirochètes. Les

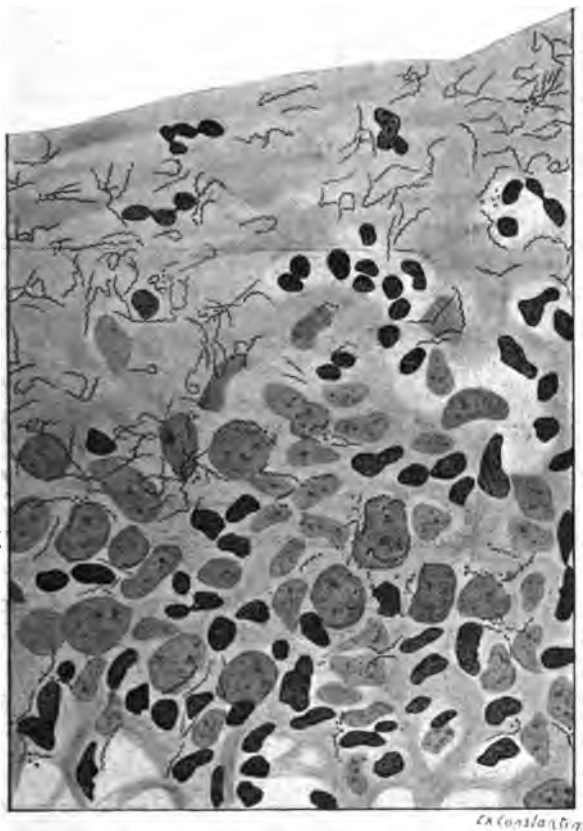


FIG. 2.

parasites existent, soit au niveau de l'épithélium épidermique, éparpillés entre les cellules (fig. 2), soit dans la profondeur autour des vaisseaux. L'accumulation des spirochètes autour des vaisseaux et leur prédilection pour l'endothélium de ces vaisseaux apparaît d'une façon très nette (fig. 3). Rien de particulier quant à la forme des spirochètes qui est typique.

Fragment (b). — Il présente les mêmes altérations que le précédent, mais moins accentuées.

Voici un protocole anatomo-microbiologique qui me semble trancher définitivement la question en ce qui concerne la nature des auto-inoculations que je vous ai présentées. Ce ne sont pas des

lésions quelconques, *ce sont des syphilomes*, puisque nous y trouvons en abondance le spirochète qui a pullulé en ces points et y a

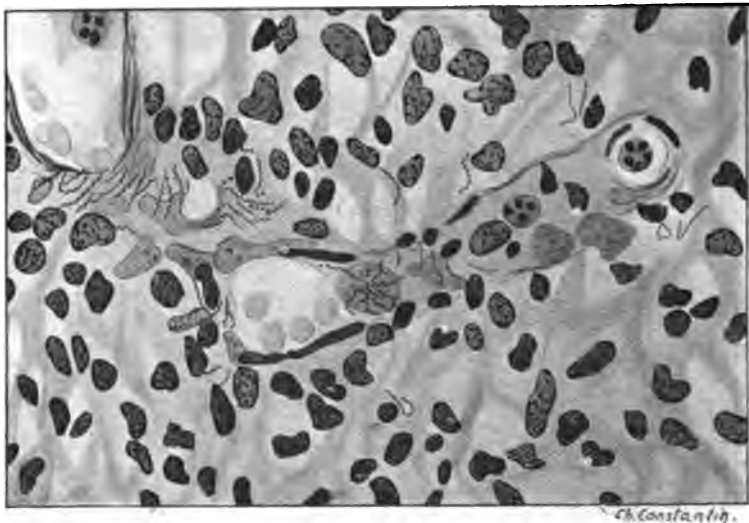


FIG. 3.

déterminé des réactions cellulaires caractéristiques. Je n'insisterai pas davantage.

Voici maintenant un jeune malade de 18 ans. L..., Gilbert, à qui j'ai fait il y a 15 jours, à la région deltoïdienne gauche, deux auto-inoculations avec le pus de la *balano-posthite érosive*, dont il était atteint. Ce pus contenait en abondance des spirilles, des bacilles courts et des cocci, comme toute balano-posthite érosive non traitée.

Après vingt-quatre heures, aux points d'inoculation, macule érythémateuse. Après quarante-huit heures, petite vésicule qui s'est rapidement séchée et a laissé une croûte.

Vous pouvez constater que cette lésion d'auto-inoculation ne ressemble absolument en rien à celles qui suivent l'auto-inoculation de chancre syphilitique, comme je vais vous en montrer trois beaux spécimens.

Obs. I. — G..., 25 ans, fumiste, qui vient me consulter le 11 février, est atteint depuis huit jours de deux chancres syphilitiques typiques, l'un à droite du frein, l'autre sur le nimbe à droite, indurés tous les deux. Adénite inguinale bilatérale.

Le 11 février, je fais :

1° Sur la *région deltoïdienne gauche*, deux auto-inoculations avec le raclage du chancre du frein et au-dessous, sur la région brachiale, deux traumatismes témoins.

2° Sur la *paroi abdominale*, à gauche de l'ombilic, deux inoculations avec le suc du même chancre, l'un par scarification, l'autre par piqûre. Au-dessus, deux traumatismes témoins, l'un par scarification, l'autre par piqûre.

Le 21 février (onzième jour après), les points où le suc chancreux a été inoculé présentent une légère rougeur, les traumatismes témoins sont presque effacés.

Le 23 (treizième jour), légère saillie.

Le 28 (dix-huitième jour). Les auto-inoculations sont devenues des papules d'un rouge sombre, de dimensions d'une petite lentille, comme vous pouvez le constater, infiltrées saillante, sans action inflammatoire. Les ganglions axillaires sont légèrement augmentés de volume.

Les traumatismes témoins sont à peine appréciables.

Obs. II. — Léon O..., 18 ans, raffineur, vient me consulter le 20 janvier pour un chancre syphilitique du sillón, à gauche, datant de *trois jours*. Le jour



FIG. 4.

même, je lui fais deux auto-inoculations avec le raclage du chancre, l'une à la région deltoïdienne gauche, l'autre à la région abdominale gauche, au-dessous de l'ombilic.

Traumatisme témoin à la région deltoïdienne droite et à la région abdominale droite.

Le 1^{er} février (douzième jour après l'inoculation), les lésions d'auto-inoculation deviennent maculeuses, puis, le 3, légèrement papuleuses.

Le 10, elles ont la dimension d'une grosse lentille, faisant une saillie de 3 millimètres environ.

Le 15, elles se couvrent de squames fines blanchâtres.

Les traumatismes témoins n'existent qu'à l'état de petites cicatrices. Érup-

tion secondaire maculeuse. le 21 février. Tandis que l'état restait tel pour l'inoculation de la région deltoïdienne, il n'en était pas de même pour celle de l'abdomen. Légèrement excoriée par la ceinture du pantalon. elle devenait pustuleuse, se couvrait de croûtes et, actuellement, se présente sous forme d'une ulcération des dimensions d'une pièce de 20 centimes, indolore. à fond lardacé (fig. 4). Les ganglions de l'aîne *droite* (probablement par inversion lymphatique) sont devenus plus gros et douloureux.

Ce cas reproduit l'observation IV de Pontoppidan et j'aurais beau jeu de dire que là il n'est pas douteux qu'il n'y ait *chancre* au sens strict du mot. Mais je vais faire la partie belle à mes adversaires et je dirai que je considère cette ulcération comme un épiphénomène dû à une infection surajoutée : je doute, en effet, jusqu'à preuve du contraire, que l'auto-inoculation après l'apparition du chancre puisse produire, au moins sur la peau, un processus ulcératif.

Obs. III. — Voici encore une aquarelle qui reproduit les résultats



FIG. 5.

d'inoculation à l'abdomen chez le nommé S..., âgé de 25 ans, du raglage de deux chancres syphilitiques de 10 jours (inoculation pratiquée le 20 janvier).

Là aussi vous constatez la réaction papuleuse caractéristique alors que les traumatismes témoins n'ont rien donné (fig. 5).

De ces expériences répétées et toutes concluantes; de l'examen anatomo-microbiologique que je vous ai détaillé, je me crois autorisé à conclure : *l'auto-inoculation du chancre syphilitique est positive jusqu'au 11^e jour, à condition que le malade n'ait subi aucun traitement, ni local, ni général.*

Cette auto-inoculation après une incubation de 12 à 13 jours, en général, donne naissance à une macule qui rapidement devient une *papule* des dimensions d'une lentille ou d'un pois, d'un rouge sombre, infiltrée, sans réaction inflammatoire. Cette papule se recouvre de fines squames blanchâtres, au bout de 12 à 13 jours. Après ce laps de temps, elle s'affaisse, surtout si le traitement général est institué, mais persiste, souvent longtemps après, sous forme de macule.

L'inoculation du suc de chancre syphilitique adulte ne produit rien de semblable.

Quant à la dénomination qu'il convient d'appliquer à cet accident, j'en réserve la discussion pour plus tard et me borne à vouloir établir aujourd'hui que *les faits que je vous ai présentés sont bien des faits positifs d'auto-inoculation de chancre syphilitique.*

M. BARTHÉLEMY. — D'abord, prenons pour exemple ce qui a lieu souvent pour le chancre simple et pour la vaccine, en fait d'auto-inoculation manquée, il n'y a pas une différence aussi grande qu'on veut bien le dire entre les fausses pustulettes et les fausses papules d'inoculation : un tout petit peu de liquide en plus ou en moins ne crée pas une différence de nature ; c'est donc simple affaire de degré. Mais, dans la question qui se débat ici, l'important n'est pas là ; il est dans le résultat de ces inoculations de chancres syphilitiques, résultats qui sont loin d'avoir les caractères bien reconnaissables des lésions de Copenhague et qui sont tels que, si on ne nous disait pas l'histoire de ces lésions, il ne viendrait à l'esprit d'aucun dermatologue de diagnostiquer d'emblée des chancres syphilitiques, aussi atténués qu'on les supposerait.

J'ai dit que les lésions présentées par M. Queyrat diffèrent beaucoup de celles de M. Pontoppidan, et je le répète. *J'ai vu et j'ai touché* les lésions présentées à Copenhague, et cela est plus net que la lecture. Or, ces lésions étaient manifestement indurées ; c'est notamment un des caractères importants du chancre, de ce que nous sommes convenus d'appeler *chancre*, et qui fait défaut ici. Et je me demande en quoi les résultats d'inoculation du chancre spécifique diffèrent de fausses pustules d'inoculation venant, soit d'une pustule purulente quelconque, soit d'une pustule d'herpès, soit de n'importe quelle lésion pyodermique, puisque ces lésions d'inoculation ne sont pas indurées.

Je le répète, il faut qu'on nous dise que ce sont là des chancres ou des dérivés de chancres, pour que nous pensions à des chancres syphilitiques devant de pareilles lésions. Ces réserves faites, j'admets parfaitement, au point de vue doctrinal, que ce sont des lésions d'inoculation de produits syphilitiques évoluant sur un organisme déjà en puissance du virus syphilitique.

C'est à ce point de vue, d'ailleurs, que je trouve fort intéressantes les expériences dont les résultats viennent de nous être exposés.

M. AL. RENAULT. — Il y a deux choses dans la communication de mon excellent collègue M. Queyrat : tout d'abord, un fait, qui est indéniable ; puis, une interprétation, que je ne saurais partager. M. Queyrat abandonne la qualification de chancre pour celle de syphilome, ce terme est vague. Car il peut s'entendre tout aussi bien de l'accident primitif, que de certains accidents secondaires ou tertiaires de la maladie. Ce que je conteste, c'est que la lésion, qui nous est présentée, soit un chancre ou un syphilome primitif. Elle n'en comporte aucun des signes cliniques, tandis qu'elle possède tous les attributs de la papule secondaire. Quand deux accidents primaires se développent à plusieurs jours d'intervalle, le second ressemble trait pour trait au premier. Récemment encore, j'ai eu l'occasion d'observer un malade porteur de deux chancres, dont le second était apparu douze jours après le premier. Or, ce second chancre avait absolument les mêmes caractères morphologiques que le premier.

M. VERCHÈRE. — Peu importe le nom qu'on donne à cette lésion. Je demanderai à M. Queyrat s'il inocule le suc chancreux seul ou le suc mélangé de sang. On a dit que dans l'inoculation du vaccin d'un syphilitique, l'agent de contamination est le sang même du syphilitique, et non le suc vaccinal. Le sang est le grand vecteur du spirochète ; il s'agit de savoir si, dans les inoculations faites par M. Queyrat, il a inoculé le suc chancreux seul, à l'exclusion du sang qui peut y être mélangé.

M. QUEYRAT. — Je suis heureux tout d'abord de constater que M. Renault ne met plus en doute le rôle pathogène du spirochète. Quant à la lésion d'inoculation ce n'est pas, cela ne peut pas être un chancre syphilitique typique, parce qu'elle a lieu au moment où l'organisme est en voie d'immunisation. Elle ressemble d'ailleurs complètement à certains chancres syphilitiques successifs, survenant, non pas 12, mais 25 et 30 jours après le premier chancre, comme dans un cas que j'ai présenté, en 1904, à la Société médicale des hôpitaux.

A M. Verchère, je répondrai que son opinion sur la contagiosité du sang est excessive. Le sang contient, en réalité, très peu de spirochètes ; dans mes expériences, c'est uniquement le suc chancreux qui a servi à l'inoculation.

M. FOURNIER. — Je prie M. Queyrat de croire que je n'apporte pas dans cette petite discussion le moindre sentiment d'hostilité. Nous ne différons d'opinion que sur le nom qu'on doit donner aux lésions qu'il a provoquées. Je prétends que ces lésions n'ont aucune ressemblance avec ce qu'on appelle un chancre ; on doit réserver ce dernier terme à des lésions constituées : 1° par une érosion ; 2° par une sécrétion ; 3° par une physionomie spéciale, que je n'ai pas besoin de rappeler ; 4° par une adénopathie spéciale, etc.

Je ferai remarquer, comme M. Renault, que les chancres successifs vrais sont des chancres parfaits, analogues de tous points au chancre initial.

Vous trouvez le spirochète dans la lésion d'inoculation parce que vous l'y avez mis. En somme, ce que vous appelez A, je l'appelle B ; notre désaccord est là, et nous pourrions discuter longtemps sans nous entendre.

M. QUEYRAT. — Il ne suffit pas d'inoculer le spirochète, il faut encore qu'il puisse se multiplier, il faut qu'il détermine des réactions cellulaires : c'est ce que j'ai obtenu. Si on auto-inocule un chancre au 20^e ou 30^e jour, ce même spirochète apporté du dehors n'évoluera pas, ne produira plus rien. Quant à la dénomination de *chancre avorté* que j'ai cru devoir donner à mes résultats d'auto-inoculation j'en fais bon marché et je ne voudrais pas que l'intérêt de cette question si importante de *l'auto-inoculabilité du chancre syphilitique* se perde dans une misérable question de mots. Je répète donc ce que j'ai dit à la séance de janvier : je donne provisoirement aux lésions que j'ai provoquées le nom de *syphilomes d'auto-inoculation* et je retiens ce fait : *l'auto-inoculation du chancre syphilitique donne des résultats positifs dans les 11 premiers jours qui suivent son apparition et dans les conditions d'expérimentation que j'ai indiquées.*

M. FOURNIER. — Puisque M. Queyrat abandonne le terme de chancre d'inoculation, nous voici tout à fait d'accord.

Chancre syphilitique du vestibule narinaire.

Par MM. GAUCHER et BOISSEAU.

Le malade que nous avons l'honneur de présenter à la Société est atteint d'accident primitif, remarquable par son siège. Le chancre occupe, en effet, le vestibule de la narine gauche. L'ulcération, à bords lisses, à fond régulier, s'étend sur la face interne de la narine et sur la cloison. Elle ne dépasse pas l'orifice narinaire.

Extérieurement, le nez est à peine augmenté de volume ; l'aile du nez est rouge, nettement indurée. Il existe une adénopathie sous-maxillaire gauche.

L'œil gauche présente enfin du larmolement depuis quinze jours, dû, sans doute, au gonflement de la muqueuse du canal nasal.

L'ulcération nasale aurait débuté, d'après le malade, il y a trois semaines. En réalité, elle doit être plus ancienne, car on constate une roséole généralisée intense, avec quelques éléments papuleux et on trouve, sur le scrotum, des syphilides papulo-érosives.

Sur un lichen de Willson systématisé en bandes avec envahissements poplités secondaires en nappe, contagiosité possible.

Par MM. HALLOPEAU et GRANDCHAMP.

Ce cas est intéressant surtout par ses caractères cliniques anormaux, et par les problèmes de pathogénie qu'il soulève. Le sujet, ancien infirmier, séjourne dans un hôpital d'incurables : il y a là un fait digne d'être noté. En effet, cette maladie, en somme assez rare, se développe avec une fréquence remarquable chez les employés des

établissements hospitaliers : c'est ainsi qu'à Saint-Louis, l'une de nos religieuses et deux de nos infirmiers en ont été atteints. C'est là un fait qui doit être rapproché des cas familiaux rapportés par MM. Brocq, Rieke, nous-mêmes et autres en faveur de la contagion, et, par conséquent, de la théorie parasitaire.

L'histoire de ce malade peut être résumée ainsi qu'il suit :

Le nommé D..., Gabriel, âgé de 75 ans, infirmier, entré le 11 janvier 1906, salle Bazin, lit n° 27.

Pas d'antécédents à noter. Sa maladie actuelle a débuté, il y a deux ans, par de vives démangeaisons à la partie postéro-interne de la cuisse droite ; elles ont coïncidé avec l'apparition de saillies cutanées et de croûtelles provoquées par le grattage. Les altérations se sont propagées de haut en bas, en forme de bandes, jusqu'au niveau du creux poplité, où elles se sont étendues en nappe et persistent depuis dix-huit mois. La bande interne, continuant à descendre, s'est étendue jusqu'au 1/3 supérieur de la jambe. Il y a huit ou neuf mois, un placard en nappe identique s'est développé à gauche dans le creux poplité.

État actuel. — La bande de la cuisse droite occupe les 2/3 inférieurs de cette région.

Elle est constituée par des saillies confluentes, les unes lenticulaires, les autres polygonales, d'une coloration rouge pâle. Elles présentent, dans leur partie centrale, une dépression punctiforme ; de plus, beaucoup d'entre elles sont littéralement criblées de dépressions dont les dimensions moyennes répondent à celles d'une tête d'épingle. Les papules du centre de la bande sont plus saillantes et plus volumineuses que celles de son pourtour. Son bord antérieur est constitué par une rougeur plus vive, avec induration et dépression punctiforme. Les papules sont séparées par des sillons profonds. Leur consistance est ferme.

La bande se propage verticalement de haut en bas jusqu'au 1/3 supérieur de la jambe. Elle mesure, dans son diamètre longitudinal, 29 centimètres et transversalement, à la cuisse, 4 centimètres ; à la jambe, 35 millimètres.

A son extrémité inférieure, une rougeur avec infiltration et dépressions punctiformes constitue la zone d'envahissement : les saillies polygonales n'y sont pas apparentes. En divers points, on voit des excoriations profondes, du volume d'une lentille, consécutives au grattage.

Au niveau du creux poplité, la bande verticale se continue avec un large placard qui occupe toute la région, mesurant 10 centimètres transversalement sur 8 verticalement. On y distingue les mêmes papules polygonales, les mêmes dépressions punctiformes, les mêmes zones érythémateuses limitantes, les mêmes excoriations profondes.

A la jambe gauche, la seule altération est un placard de 8 centimètres transversalement sur 7 verticalement, identique à celui que nous venons de décrire, et occupant comme lui le creux poplité.

Il n'y a pas d'autres manifestations de lichen.

On voit qu'il existe, simultanément, chez ce malade, deux catégories bien distinctes de localisations :

Une traînée, sous forme d'une longue et large bande verticale et deux placards symétriques des régions poplitées.

La bande correspond aux lignes de Voigt; nous rappellerons que, dans des cas analogues, l'un de nous a admis que le surcroît d'activité nutritive, liée aux anastomoses des rameaux des deux nerfs limitrophes, constitue un milieu de culture favorable au développement des agents pathogènes du lichen de Wilson.

Les *localisations poplitées* ne sont pas susceptibles de cette interprétation; il semble bien que celle du côté droit se soit développée de proche en proche, par prolifération et extension des agents pathogènes en activité dans la bande descendante, et qu'ultérieurement, par action trophique réflexe, elle ait transformé également le creux poplité de l'autre membre en un bon terrain pour ce même agent; l'un de nous a publié autrefois un cas dans lequel une gangrène artificielle de l'un des genoux s'est compliquée, quinze jours après, d'une altération de même nature dans la portion symétrique de l'autre membre; il y avait eu là en toute évidence une action trophique réflexe.

En dehors de ces problèmes de localisation, il faut avoir égard chez ce malade à l'absence complète de tout élément de lichen en dehors de la bande et des plaques; chose remarquable et exceptionnelle, ce n'est pas par la genèse de nouvelles papules que se fait ici la propagation des lésions, mais bien par une zone érythémateuse à laquelle les très nombreuses dépressions ponctiformes donnent seules le caractère de lichen.

Nous noterons enfin la violence du prurit et du grattage qui amène ces excoriations profondes et étendues, comme faites à l'emporte-pièce.

Dernier détail: la plupart des papules sont lenticulaires; la forme polygonale n'est donc pas la caractéristique constante des éléments du lichen de Wilson.

Sur un cas de suppurations tuberculeuses multiples avec grains riziformes.

Par MM. HALLOPEAU et ROY.

L'un de nous a déjà insisté à diverses reprises, en particulier en 1888 dans un travail avec M. L. Wickham et en 1891 au congrès de la tuberculose, sur ces suppurations d'origine tuberculeuse.

Le malade que nous avons l'honneur de présenter en offre un exemple remarquable, et, à certains égards, insolite; nous résumerons son histoire ainsi qu'il suit:

Le nommé M..., Albert, âgé de 34 ans, employé de chemin de fer, entre le 15 février 1906, salle Bazin, lit n° 38.

Il n'y a pas d'antécédents de tuberculose dans la famille, non plus que chez le sujet lui-même.

La maladie a *débuté*, au mois de juillet 1903, par une petite élevation rouge qui s'est développée sur le dos du poignet gauche et depuis lors s'est un peu étendue.

Quelques jours après, ont apparu d'autres saillies au bout des doigts. Ces dernières contenaient du pus que le malade faisait sortir en les comprimant.

La main droite a été prise ensuite et en particulier le médius y a été profondément intéressé.

D'autres localisations se sont faites depuis lors à la joue droite et à la verge.

Actuellement, le malade présente les altérations suivantes :

Au *poignet gauche*, on voit une surface rougeâtre, large comme une pièce d'un franc, légèrement surélevée, finement desquamée. La pression en fait sourdre du pus.

A la *main gauche*, les dernières phalanges des trois derniers doigts sont augmentées de volume, d'un rouge violacé ; on y remarque des cicatrices et des tubercules recouverts de croûtelles.

On observe aussi des tubercules chancreux sur le dos de l'index et du médius.

A la *main droite*, on remarque quelques tubercules semblables sur le pouce, l'extrémité de l'index et l'annulaire.

Le médius présente une forme en fuseau due à l'hypertrophie énorme des deux premières phalanges. L'os semble peu atteint, mais la gaine palmaire distendue fait une forte saillie. Sur son trajet on remarque deux ulcérations gangreneuses très proéminentes.

Au *coude droit*, se trouve un placard tuberculeux large comme une pièce de deux francs.

A la *face*, une tuméfaction rénitente fait saillie au-devant de l'oreille droite : la ponction en fait sortir un liquide jaunâtre et mal lié.

A la *fesse et la cuisse droites*, existent deux nodules sous-cutanés durs et adhérents à la peau.

Au *pied gauche*, on note une lésion peu étendue sur le dos du deuxième orteil.

Au *pied droit*, les orteils sont tuméfiés ; une ulcération à bords décollés entame le dos du troisième orteil.

A la *verge*, il existe sur le côté gauche une saillie fluctuante, du volume d'une noix ; elle semble adhérer aux parties sous-jacentes ; elle est mobile sur la peau ; elle présente, dans sa partie profonde, des saillies indurées qui donnent au toucher la même sensation que les grains riziformes des synovites tendineuses.

La ponction en extrait un pus jaunâtre, où l'on ne trouve pas de bacilles de Koch.

La tuberculose de ce malade est surtout intéressante par le caractère suppuratif de toutes ses manifestations ; les placards végétants des membres contiennent du pus et les collections du visage

ainsi que celle du fourreau constituent des abcès ; *cette dernière est remarquable par la présence de ces nodules indurés qui donnent au toucher la sensation de grains riziformes ; ils n'avaient été, à notre connaissance, signalés jusqu'ici que dans les synovites tendineuses de nature tuberculeuse.* Dans les faits analogues que l'un de nous a étudiés en 1888, avec M. Wickham, et en 1891, il a constaté l'absence de bacilles de Koch ainsi que de tout microbe pyogène et il a été conduit ainsi à admettre qu'il s'agissait là de *poussées toxiques.*

L'examen du pus recueilli chez notre malade a donné également des résultats purement négatifs au point de vue des bacilles de Koch : une inoculation a été pratiquée à un cobaye ; nous en ferons connaître ultérieurement les résultats.

Pour ce qui est des microbes pyogènes, nous avons trouvé quelques rares cocci ; il est bien douteux que leur activité pathogénique ait été suffisante pour donner lieu à ces vastes collections purulentes, et nous tendons à penser qu'ici encore il s'agit surtout de suppurations dues à des toxines émancipées.

S'il en est ainsi, *on doit distinguer chez ce malade deux ordres distincts de manifestations : les unes, bacillaires, sont dues à des auto-inoculations ; il en est ainsi des altérations des extrémités et de l'énorme spina ventosa ; les autres, exemptes de bacilles, sont liées vraisemblablement à des migrations purement toxiniennes ;* tels paraissent être les abcès du visage ainsi que la collection purulente à grains riziformes de la verge ; les résultats de l'inoculation permettront de savoir ultérieurement si cette interprétation est exacte.

Sur un cas de proliférations locales prédominantes chez un malade atteint de syphilides secondaires généralisées.

Par MM. HALLOPEAU et ROY.

Si nous présentons ce malade, c'est en raison, d'une part, de l'intérêt pittoresque qu'offre sa surface cutanée recouverte, dans la plus grande partie de son étendue, de placards serpigineux d'une teinte le plus souvent livide et, d'autre part, de l'anomalie que présentent ses manifestations cutanées au point de vue de leur pathogénie.

Son histoire peut être résumée ainsi qu'il suit :

Le nommé Louis B... a eu son chancre en mai 1905.

En juillet, ont apparu, sur le tronc, sur le visage et les membres, des taches qui atteignaient les dimensions de pièces de 0 fr. 50 et au delà. Bientôt ces taches se sont accompagnées d'élévures, en même temps que leur coloration devenait plus foncée. Ces saillies se sont étendues excentri-

quement et ont, pour la plupart, proliféré en même temps qu'elles pâlisssaient dans leur partie centrale. Elles finissent par former les larges placards que l'on constate aujourd'hui. Le malade a été traité en juillet par des pilules, dont le contenu est inconnu, jusqu'à 40 par jour. Parti à la campagne, il y a pris du sirop de Gibert et fait une cure de frictions. La figure était guérie quand le malade est rentré à Paris en décembre. Peu de temps après, survient une reprise de l'éruption qui oblige le malade à revoir son médecin. Il prend de l'iodure de K. pendant cinq jours.

L'éruption est aujourd'hui remarquablement abondante; elle recouvre la plus grande partie de la surface cutanée. Elle est constituée par des saillies papulo-tuberculeuses, les unes isolées, la plupart agminées en groupes à contours serpigneux. Dans ces groupes, la partie centrale est plus ou moins décolorée, avec aspect cicatriciel. Les tubercules forment à la périphérie des élevures continues ou discontinues à contours polycycliques. Il y a donc à la fois des lésions en activité et en progression, et des lésions en rétrogression, avec production de cicatrices.

Au visage, tout le front, le pourtour des orbites, les joues, le lobule du nez le menton, les parties latérales du cou sont intéressés. Les placards sont très nombreux au tronc et sur les membres, si bien que les parties malades y occupent une surface au moins aussi étendue que les parties saines. Il en est de même des parties postérieures du tronc. Au contraire, sur le ventre, l'éruption est beaucoup moins abondante, et constituée par des macules, du diamètre de 1 demi-centimètre à un centimètre, déprimées et cicatricielles dans leur partie centrale, quelques-unes sont disposées en groupes avec des tubercules saillants.

L'éruption est également très abondante sur les membres inférieurs. Les pieds seuls restent indemnes.

Les ulcérations sont recouvertes de croûtes verdâtres.

Il y a des ulcérations sur le voile du palais.

L'induration initiale du pénis persiste partiellement.

Par leur abondance, par leurs grandes dimensions, par leur coloration livide, les placards éruptifs que nous venons de décrire donnent lieu à un ensemble d'aspect saisissant.

Si l'on compare les divers éléments qui persistent chez ce malade, on voit qu'il en est de deux ordres : les uns sont de simples macules, grandes comme des pièces de 20 ou de 50 centimes, parfois un peu déprimées et d'aspect cicatriciel dans leur partie centrale; elles représentent évidemment les traces de larges papules restées isolées; les autres éléments, beaucoup plus nombreux, sont au contraire groupés en larges placards au niveau desquels les lésions récentes sont des saillies tuberculeuses, souvent ulcérées, qui en marquent la zone d'accroissement. Or, nous ne sommes qu'au neuvième mois de la maladie; n'est-il pas exceptionnel de voir les proliférations locales prendre cette importance dans des syphilides relativement aussi jeunes? D'ailleurs, par leur dissémination sur toute la surface du corps, ces manifestations appartiennent à la période

secondaire de la maladie. Sans doute, les proliférations locales jouent un rôle dans le développement des syphilides secondaires, mais il reste généralement, sauf en ce qui concerne les régions péri-génitales, sur le second plan.

Il s'agit, en somme, des syphilides secondaires qui, par leur mode de groupement et de prolifération, revêtent le caractère essentiel des accidents tertiaires.

Nous avons cherché à quelle cause on pouvait rattacher ce caractère malin précoce des manifestations : nous n'avons pu la déterminer ; le malade se portait bien antérieurement et il assure qu'il n'a jamais abusé des boissons alcooliques ; on ne remarque d'ailleurs chez lui aucun signe d'éthylisme ; il est très probable qu'une activité anormale des spirochètes qui l'ont envahi doit être incriminée ; il faudra attendre une nouvelle poussée pour faire des recherches dans cette direction.

Sur une dermatite exfoliative généralisée provoquée par un pansement local avec la solution d'acide picrique.

Par MM. HALLOPEAU et HERCK.

Nous avons eu maintes fois déjà l'occasion, notamment lors de l'incendie du bazar de la Charité, d'observer les effets nocifs de ce pansement, et particulièrement les irritations intenses et persistantes que l'on observe consécutivement à son emploi ; en voici un nouvel exemple :

Le 23 janvier 1906, le nommé Gal... reçoit sur le dos de la main droite un jet de vapeur qui y détermine une brûlure superficielle ; il se rend de suite chez un pharmacien qui lui délivre une solution picrique ; il applique sur la partie malade une couche d'ouate imprégnée de ce liquide et la maintient à l'aide de bandes de toile ; ce pansement est renouvelé le lendemain matin ; il provoque une sensation de cuisson ; la main et l'avant-bras sont enflés ; le malade supprime alors l'application picrique et la remplace par un linge sec. Le soir, la figure, le derrière du cou, la main gauche, en un mot, toutes les parties découvertes sont rouges, boursoufflées et douloureuses. Le malade continue néanmoins à travailler jusqu'au 30 janvier. A cette date, la cuisson devient générale ; elle est tellement pénible qu'elle provoque un état syncopal ; la peau rougit et se tuméfie ; des engorgements ganglionnaires surviennent au cou, aux aisselles, dans les aines ; vers le 5 février, il se produit une desquamation à larges lamelles, il y a du suintement. On applique une pommade à l'oxyde de zinc.

Le 13 février, nous constatons que tout le corps est le siège d'une coloration érythémateuse, avec gonflement et exfoliation lamelleuse en larges lambeaux et sensation très pénible de cuisson. La main gauche continue à

être imprégnée de la solution picrique. Nous prescrivons des bains locaux dans une solution alcaline et l'enveloppement de toute la surface cutanée avec de la tarlatane imprégnée de liniment oléo-calcaire boriqué. Le 20 février, la guérison est presque complète.

C'est en toute évidence le pansement picrique qui a provoqué chez ce malade ces pénibles accidents. Les altérations ont envahi d'abord les parties découvertes, puis, à la sortie d'un bain, toute la partie du corps.

La persistance et l'aggravation tardive des altérations s'expliquent par le maintien, dans l'épiderme de la main brûlée, de la solution toxique.

On ne peut incriminer ici un pansement fautif par occlusion ; la partie malade n'était recouverte que par des bandes de toile.

C'est donc bien l'application picrique par elle-même faite dans les conditions où elle est trop usitée qui a été la cause des accidents.

Pour nous, nous avons renoncé depuis longtemps à ce mode de traitement qui n'a aucun avantage sur les autres topiques, qui provoque constamment des accidents d'irritation locale et qui peut, notre malade nous en fournit le témoignage, devenir le point de départ d'une dermite généralisée des plus graves.

Gommes de la langue traitées par le levurargyre.

Par MM. JULLIEN et STASSANO.

Le moulage que nous avons l'honneur de présenter à la Société, et qui est dû à M. Jumelin, représente une gomme ulcérée de la langue.

Voici l'observation telle qu'elle a été prise par le D^r Belgodère, interne du service.

La femme G... entra une première fois à l'infirmerie de St-Lazare, le 3 octobre 1897, à l'âge de 20 ans et demi, avec une syphilis caractérisée par une roséole qui était alors de seconde poussée (éléments agminés, groupés surtout aux hanches et aux lombes, avec gros groupes violacés). Cinq injections de calomel lui furent données ; elle quitta l'hôpital bien guérie, le 22 février 1898.

Elle fit encore un séjour deux mois plus tard, pour une urétrite, de courte durée ; enfin, le 23 mars 1900, nouvelle entrée pour des chancres mous accompagnés de bubons, qui la retinrent jusqu'au 21 mai.

Nous ne devons la revoir que beaucoup plus tard, à l'âge de 28 ans, le 21 octobre 1905, atteinte alors des accidents dont il va être question.

La peau présente à cette date, au niveau des lombes, de très nombreuses cicatrices datant de la première éruption syphilitique. Il est visible par là que l'exanthème a fortement entamé l'épaisseur du tissu dermique qui porte l'empreinte et comme le dessin de chaque élément papuleux.

Rien à l'anus et aux parties génitales.

A la lèvre inférieure, on voit des cicatrices irrégulières, provenant de gommages soignées il y a deux mois et actuellement guéries. Mais presque en même temps, s'étaient montrés des accidents du côté de la langue.

Ils siègent sur la moitié droite, à peu près tout entière malade, alors que la moitié gauche est parfaitement saine ; les deux tiers antérieurs de l'organe sont gonflés de ce côté, présentant une épaisseur de 4 à 5 centimètres ; leur couleur est d'un rouge ardent, violacé sur certains points, depuis qu'on les a débarrassés d'un enduit blanchâtre, épais, qui les revêtait.

Deux perforations existent, approximativement de la grandeur d'une pièce de 0 fr. 20, mais irrégulières et découpées, aboutissant à une ulcération cratériforme qui laisse voir un fond jaunâtre, chair de morue, bourbillonneux. Ces perforations sont situées, l'une à la limite supérieure et interne de la lésion, près du raphé, l'autre non loin du bord externe. Ces deux cratères laissent sourdre une suppuration constante. Le bord de la langue est irrégularisé par une protrusion du tissu infiltré formant comme une sorte d'excroissance sur ce bord. Les mouvements sont fort gênés : grande difficulté pour avaler et presque impossibilité de parler. Pas de ganglions. Rate normale. Aucun trouble du côté des réflexes. Poids, 48 kg. 500. Nous avons traité cette malade par le levurargyre ou nucléo-protéide mercurielle. Vu la gravité du cas, le traitement fut, au début, exceptionnellement intense.

Le 25 octobre, injection massive de 100 cent. cubes de la solution de levurargyre à 1 p. 100. Le liquide fut injecté dans la cuisse, suivant la technique usitée pour les injections de sérum, et bien toléré.

Deux nouvelles injections de quantité égale furent répétées le 27 et le 30 octobre.

L'amélioration fut très prompte : le 4 novembre, nous notions une guérison presque complète et dès lors furent diminuées les doses pour un traitement que nous devions prolonger encore afin de le rendre suffisant. Du 2 au 20 novembre, la malade reçut neuf doses de 20 cent. cubes de ce produit ; on continua encore jusqu'au 3 décembre en injectant seulement 10 cent. cubes 3 fois par semaine, ce qui est la quantité que nous employons habituellement.

On peut calculer la dose de métal administré en se basant sur ce fait que 100 grammes de la solution contiennent environ 0,015 milligrammes de mercure.

Quand, le 3 décembre, la malade nous quitta, la langue était depuis longtemps déjà revenue presque complètement à l'état normal, sauf la persistance d'une légère induration au niveau de l'ulcère gommeux. Comme apparence, comme mobilité, comme coloration, elle ne différait en rien d'une langue saine.

Ce résultat peut être considéré comme très satisfaisant, car, en somme, par les trois premières injections qui amenèrent en 8 jours la guérison presque complète de la langue, malgré le volume considérable de ces injections, la malade ne reçut que de 5 à 6 centigrammes de mercure métallique.

Cependant une observation que l'un de nous (1) a suivie dans le service du Dr Babinsky à la Pitié, nous apprend que, lorsqu'il s'agit du produit qui nous occupe, cette quantité de mercure métal, bien que déjà assez faible, est de beaucoup supérieure à la dose dont on a besoin pour guérir aussi rapidement des lésions aussi graves, sinon davantage.

Cette observation est particulièrement intéressante parce que c'est sur la même personne que l'on a vu, à deux reprises différentes, les doses massives d'abord, les doses faibles ensuite, exercer la même action salutaire aussi promptement dans le second cas, le cas des doses faibles, quoique dans cette série d'injections l'on ait eu à combattre des lésions plus étendues et un état général plus grave que dans la première série d'injections massives.

Il s'agit d'une femme de 26 ans, dont les antécédents syphilitiques ne sont pas connus; elle est mariée depuis six ans; a eu une fausse couche; son mari est soigné à Saint-Louis.

Elle entre une première fois, en juin dernier, à la Pitié, dans le service du Dr Renon, pour des ulcérations du voile du palais. Ces lésions évoluent pendant et malgré le traitement mercuriel qu'on lui pratique, amenant la perte de la luette. Le traitement consista en 60 injections quotidiennes de benzoate de mercure, suivies, à la fin, de trois injections d'huile grise, à huit jours d'intervalle, en vue, semble-t-il, du faible résultat obtenu par les injections quotidiennes.

Enfin le 3 septembre, la malade, quelque peu améliorée, quitte l'hôpital, mais y revient un mois après, et entre cette fois dans le service du Dr Babinsky.

Les deux dessins en couleurs que nous joignons, dus à M. Thévenot, représentent fidèlement l'état des ulcérations du voile du palais et l'aspect des gomme de la langue que portait la malade au moment où elle fut soumise à la première série d'injections de levurargyre. Elle présentait alors une stomatite évidente, néanmoins elle fut mise au traitement.

I. — Gomme du voile du palais avec destruction complète de la partie moyenne du voile entre les deux piliers antérieurs. A la place du voile se voit maintenant une large échancrure en forme d'angle aigu ouvrant en arrière, le vertex répondant en avant au bord postérieur de la voûte palatine sur la ligne médiane. La luette n'existe plus, ayant été détruite avec le voile. Les bords de l'ulcération sont nets, taillés à pic, suppurants, recouverts d'un enduit jaunâtre.

II. — Gomme de la base de la langue: toute la moitié postérieure de la face dorsale de la langue est irrégulière, bosselée de néoformations gommeuses

(1) Qu'il me soit permis d'exprimer ici ma reconnaissance à M. Babinsky pour l'hospitalité bienveillante qu'il m'a donnée dans son service et pour m'avoir autorisé à communiquer l'observation dont il s'agit : Henri Stassano.

multiples. Il existe une ulcération centrale importante, arrondie, régulière, de la dimension d'une pièce de 50 centimes. Bords taillés à pic, fond rouge, tout autour petites ulcérations grandes comme des lentilles.

Elle reçoit le 27 octobre 70 cent. cubes de levurargyre; le 28, 100; le 31. 100; le 3 novembre, 50; le 7, 100; le 16, 50.

Dès les deux premières injections son état général, très déprimé, se relève, elle recommence à s'alimenter, et les accidents gommeux entrent en franche voie d'amélioration. La guérison est presque complète au bout d'un mois, lorsqu'elle quitte le service, de sa propre initiative, en s'engageant toutefois à y revenir une fois par semaine pour les injections dont elle a encore grand besoin; la malade ne revient qu'une seule fois.

Comme il était à prévoir, cette guérison si rapidement acquise et non consolidée par un traitement prolongé, ne se maintint pas : les accidents récidivèrent.

C'est ainsi, dans un état d'extrême faiblesse et de grande aggravation, que la malade fut reçue de nouveau dans le service du Dr Babinsky, le 9 janvier de cette année : grande difficulté de la phonation, sons nasonnés et sourds, impossibilité de l'alimentation, la base de la langue, augmentée de volume et inhabile, obstrue l'entrée du pharynx aux aliments solides. Les liquides, d'autre part, refluent par les fosses nasales. Enfin on note une surdité très accusée à droite.

A l'examen du voile, on remarque l'existence de chaque côté de l'échancre déjà décrite, de deux gomme, du volume, l'inférieure d'une fève, la supérieure, d'un pois; elles apparaissent ulcérées, jaunâtres à bords surélevés. Réunissant les deux lèvres qui limitent la fente, l'on aperçoit un petit pont muqueux en arrière du palais osseux, encore intact.

Quant à la langue, de la base à la pointe s'étend une ulcération, très creuse et largement étendue en arrière, avec des anfractuosités des tissus muqueux et musculaires. Près de la pointe, cette ulcération se resserre et devient moins profonde et ses bords plus nettement découpés comme par un bistouri.

Une infiltration de la cornée droite accompagne ces lésions.

L'état général cachectique fait encore mieux ressortir la gravité du cas.

La malade est remise au traitement levurargyrique, mais, cette seconde fois, par des injections relativement peu massives, de 20 centimètres cubes chacune, trois fois par semaine.

Le 12 janvier, elle reçoit la première injection, et déjà le 14 elle peut déglutir et s'alimenter. La grande prostration disparaît, la malade quitte le lit et le 18 elle peut se rendre chez le mouleur pour la reproduction de ses accidents du palais et de la langue. Ce sont ces accidents déjà en voie d'amélioration que représentent les moulages soumis à l'examen de la Société.

L'amélioration se poursuit très rapidement : à partir du 23 les liquides ne refluent plus. Cependant l'infiltration de la cornée semble échapper au début à l'action bienfaisante du traitement; au lieu de s'amender dès les premières injections comme les accidents du palais et de la langue, elle semble échapper

à l'action bienfaisante du traitement, elle s'accroît pendant quelques jours au point de rendre impossible la vision et de revêtir presque tous les caractères de la kératite interstitielle. Mais un peu plus tard, huit jours après, cette lésion ressent à son tour l'effet du traitement, la vascularisation disparaît, la vue redevient presque normale; le mal ne s'étend pas à l'autre œil.

Le 2 février, soit 22 jours après le début du traitement, la malade est examinée par M. Babinsky: voici ce qu'on constate, d'après l'observation prise par M. Lemoine, interne du service

Au niveau du palais, de petites cicatrices blanchâtres, lisses, à forme étoilée, remplacent les cavités des gommages ulcérées.

Sur la langue il n'existe plus qu'une dépression vers le tiers postérieur: quant aux deux tiers antérieurs, c'est à peine si l'on y aperçoit une ligne cicatricielle blanchâtre.

L'infiltration de la cornée est en complète décroissance, elle s'arrête au limbe entre 9 heures et midi, suivant le langage des oculistes.

Cette amélioration déjà notable s'accroît les jours suivants, et c'est ainsi presque entièrement guérie que la malade est montrée le 10 janvier aux D^{rs} Brocq, Gaucher, Jullien et Morax. Malheureusement, trop confiante dans cette guérison si prompt, elle quitte le service le lendemain.

Ce qui se dégage, ce nous semble, de cette dernière et double observation, qui corrobore notre première étude, c'est que les injections de 20 centimètres cubes de levurargyre, répétées tous les deux jours, sont suffisantes pour enrayer une syphilis même grave.

Pour que de pareilles doses de nucléo-protéine mercurielle, renfermant à peine 3 milligrammes de mercure, agissent aussi efficacement, il faut que le métal ait acquis dans la combinaison nucléinique un pouvoir qu'il est bien loin d'atteindre dans ses combinaisons organiques et salines ordinaires. L'action thérapeutique de ces dernières, en effet, même les plus actives, ne devient appréciable que lorsqu'elles contiennent cinq à dix fois autant de mercure.

M. BARTHELEMY. — Ce n'est qu'après lecture de l'observation qu'il sera possible d'être fixé sur sa valeur; mais il me semble, après simple audition de l'exposé rapide et forcément incomplet que nous venons d'entendre, que le fait n'est pas concluant. Pour vraiment emporter la conviction, il faudrait apporter plusieurs cas et non un seul; ensuite et surtout il faut que les malades n'aient pas commencé par être traités d'abord par d'autres procédés. Il y a des syphilides qui se montrent d'abord réfractaires, qui guérissent ensuite facilement. Jadis Ricord envoyait à la campagne changer d'air les réfractaires; ceux-ci, revenus au bout d'un mois ou deux, guérissaient par les mêmes moyens et par les mêmes doses de mercure qui d'abord avaient semblé échouer. Dans le cas actuel, je puis croire que la guérison est due, moins aux petites doses de Hg. employées au moment de la guérison, qu'au mercure préalablement emmagasiné, puis utilisé par l'organisme. L'élimi-

nation de tout le mercure introduit par les injections d'huile grise, par exemple, ne se fait pas aussi vite que semble le dire M. Stassano; ce remède peut donc agir assez longtemps encore après avoir été absorbé. Bref, il y a lieu, à mon avis, de faire ici quelques réserves et d'attendre de nouveaux cas, plus nombreux et plus concluants.

M. BALZER. — Je demande à M. Stassano comment il explique l'action remarquable du mercure dans ces cas.

M. STASSANO. — Les détails contenus dans la note que je viens de déposer me semblent répondre aux remarques de M. Barthélemy. Quand à la question que M. Balzer a bien voulu me poser, je ne saurais y répondre dans le temps dont je dispose en cette fin de séance.

M. BALZER. — J'ai été parfois surpris de voir des lésions syphilitiques très tenaces céder à de faibles doses de mercure, lorsqu'on changeait de préparation. J'ai observé une malade atteinte d'une roséole tenace, ayant résisté depuis trois mois environ à un traitement par les pilules mercurielles; c'était à l'époque où Smirnof venait de recommander le traitement par les injections; je me décidai à essayer timidement une injection de 2 centigrammes et demi de calomel, cette faible dose suffit à faire disparaître la roséole.

Je crois que certaines préparations mercurielles agissent à un moment donné mieux que d'autres sur les leucocytes; on comprend ainsi l'action rapide des levures mercurielles sur certaines lésions syphilitiques rebelles.

M. STASSANO. — Pour terminer, qu'il me soit permis d'ajouter que les deux observations de gommès que je viens de rapporter ne sont pas les seules dont nous disposons et quant à l'action générale du levurargyre, nous l'avons déduite de plusieurs centaines de cas observés avec soin.

**Sur une observation de nævi symétriques de la face,
publiée par Rayer.**

Par M. CH. AUDRY.

On a beaucoup écrit, pendant ces dernières années, sur les soi-disant adénomes sébacés symétriques de la face. Je ne sais pas si l'on a rappelé qu'il en existe un exemple typique et complet dans le traité de Rayer.

On en trouvera la représentation dans son atlas, planche XX, figure 1. L'observation est publiée à la page 637 du tome II. Le tout ne laisse aucun doute sur ce diagnostic. Rayer avait appelé ce cas : « élévures et végétations vasculaires de la face », et il l'étudiait parmi les nævi vasculaires. C'est un exemple certain du type dit de Pringle.

Il en donne une autre observation, page 639; mais elle est écourtée.

Rayer avait parfaitement compris l'importance de ces cas, et il

les avait, en somme, très bien définis. Il sera juste, à l'avenir, de lui rendre justice à ce sujet, comme on a dû le faire à propos du xanthélasma palpébral.

L'Assemblée générale de la Société, qui, aux termes du règlement, doit avoir lieu le lundi de Quasimodo, se réunira le jeudi 5 avril 1906.

Le secrétaire :

L. BRODIER.

SEANCE SUPPLÉMENTAIRE DU 15 MARS 1906

Présidence de M. Alfred Fournier.

SOMMAIRE. — Indications et technique de la radiothérapie dans les épithéliomas cutané-muqueux, par M. GASTOU. — Radiothérapie et épithélioma, par M. DANLOS. — Indications et contre-indications de la radiothérapie dans le traitement de l'épithéliome cutané, par M. LEREDDE. (Discussion : MM. DANLOS, SABOURAUD, GASTOU). — Les rayons X dans le traitement des épithéliomas cutanés, par M. BISSENIÉ. — A propos des indications de la radiothérapie dans le traitement de l'épithélioma cutané, par M. BELOT. — Considérations générales sur la radiothérapie des épithéliomas cutanés, par M. BÉCLÈRE. — A propos des généralisations provoquées par la radiothérapie, par M. OUDIN. (Discussion : M. BÉCLÈRE.) — Conditions qui influent sur l'efficacité de la radiothérapie dans les cancers de la peau, par M. DARIER. — Note sur l'histologie des tissus néoplasiques traités par les rayons X, par M. PÉTRIÉRIER. — Statistique radiothérapique, par MM. BALZER et FLEIG.

Indications et technique de la radiothérapie dans les épithéliomas cutané-muqueux.

Par M. GASTOU.

Dans une communication précédente, faite en collaboration avec le Dr Decrossas, nous avons montré deux cas d'épithélioma, pour lesquels la radiothérapie avait été une cause d'aggravation, et nous avons, à ce sujet, demandé à la Société de vouloir bien inscrire à son ordre du jour les questions suivantes :

1° *Tous les épithéliomas cutané-muqueux doivent-ils être traités par les rayons X ?*

2° *Parmi les épithéliomas, quels sont ceux qu'il faut traiter ainsi ?*

3° *Comment doivent-ils être traités ?*

La première question doit être résolue par la négative, car tous les épithéliomas ne guérissent pas par les rayons X.

Il en est qui guérissent et récidivent sur place.

D'autres disparaissent et récidivent dans les ganglions.

Il en est quelques-uns qui, soignés, s'aggravent.

Enfin, certains donnent, dès le début ou pendant le cours du traitement, des poussées ganglionnaires néoplasiques.

Ces différentes éventualités tiennent à des conditions multiples, relatives au siège, à la forme, à la nature de l'épithélioma ; à l'âge, à l'état local ou général du malade ; aux rayons eux-mêmes en tant que nature et qualité ; enfin et surtout à la technique d'application : les doses exagérées, trop faibles ou trop prolongées, déterminant des accidents.

L'étude de toutes ces éventualités permet de voir quels épithéliomas bénéficient des rayons X et comment il faut agir sur eux avec ces derniers.

Relativement au siège, les épithéliomas de la peau des membres et de la face guérissent dans la grande majorité des cas, sauf peut-être ceux situés près des orifices du visage au voisinage des muqueuses (bouche, nez, conjonctive, oreilles, canal lacrymal).

Sur les muqueuses dermo-papillaires, il n'en est pas de même. Si à la lèvre supérieure les épithéliomas guérissent facilement, sur la lèvre inférieure, sur les muqueuses de la vulve ou du gland, les rayons X aggravent souvent les lésions épithéliomateuses et en facilitent l'extension.

Voici d'ailleurs des statistiques d'ensemble, montrant la fréquence de guérisons, de récurrence ou d'aggravation des épithéliomas cutanéomuqueux.

Statistique MANCEL PENARD (*Thèse*, 1903), faite sous l'inspiration du D^r Darier :

208 cas.....	146 guéris définitivement.
	53 améliorations.
	9 aggravations.
Soit : 67,5 p. 100	guéris.
26,7 —	améliorés.
8,5 —	aggravés.

Statistique BISSERIÉ et MEZERETTE (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1903) :

186 cas.....	142 guérisons.
	41 améliorations.
	3 succès.

Soit 76 p. 100 de guérisons.

Ces épithéliomas se répartissent ainsi :

Lèvre supérieure.....	11	8 guéris, 3 succès.
Lèvre inférieure.....	13	6 guéris, 5 succès, 2 en traitement.
Langue.....	17	3 guéris, 2 améliorés, 1 récurrence, 11 succès.

Statistique du service de M. le professeur Gaucher, 1903-1906
(GASTOU et DECROSSAS):

57 cas 27 guérisons.
4 résultats partiels.
9 aggravations.
13 malades non revus.

Soit 47 p. 100 de guérisons définitives. Dans cette dernière statistique n'ont été comptés que les malades suivis régulièrement et guéris depuis 1 an et demi jusqu'à 3 ans.

Voici le détail de cette statistique :

Les 57 cas d'épithélioma se répartissent ainsi :

31 de la face (dont 13 du nez, 2 du front, 1 de la paupière, 6 de la tempe, 1 de l'oreille, 6 de la joue, 2 du menton); 5 du sein, 3 de la main, 2 de la cuisse. Pour les muqueuses dermo-papillaires : 2 de la lèvre supérieure, 3 de la lèvre inférieure, 2 de la commissure, 3 de la langue (dont 3 leucoplasies et 2 ulcères végétants); 2 leucoplasies vulvaires, 2 épithéliomas de la verge (dont 1 leucoplasique, l'autre en choufleur).

D'une façon générale on peut dire que les épithéliomas de la face ont guéri quelque soit leur siège; il n'en n'est pas de même des cancers de la lèvre inférieure, de la langue et du gland, qui se sont presque toujours aggravés. Enfin dans 2 cas la radiothérapie a donné soit dès la première séance une poussée ganglionnaire, soit après guérison une récurrence dans les ganglions. Nous notons 4 récidives dans les cas traités.

Presque la moitié des malades guéris ont présenté de la radiodermite légère. Les cas aggravés ont été dès le début intolérants aux rayons X.

Les séances ont été faites, pour la plupart de ces malades, très rapprochées. Étincelle équivalente de 4 à 7 centimètres en moyenne, de 15 à 20 centimètres de distance de l'anticathode. Les séances ont été en général de 5 H au début, et de 2 et demi à 3 H ensuite; elles ont duré de 10 à 45 minutes suivant les cas. La source employée était le courant de 110 volts, avec bobine de 30 centimètres, interrupteur Contremoulins-Gaiffe.

La forme de l'épithélioma, suivant qu'il n'est pas ulcéré, végétant, cupuliforme, en tumeur ou non, doit être prise en considération, de même que le volume et la profondeur des lésions.

Il est des épithéliomas non ulcérés à forme de verrue kératosique sénile, de cancréide, qui guérissent très rapidement en quelques séances, mais récidivent ultérieurement soit *in situ*, soit dans les ganglions.

Les épithéliomas ulcérés guérissent en général moins rapidement, la durée de leur traitement dépend de leur volume et de leur pro-

fondeur, mais leur guérison semble d'autant plus sûre qu'ils sont plus superficiels et plus végétants à l'extérieur que destructifs en profondeur. En dehors de la forme, la question de la nature de la lésion, des infections locales associées ou du terrain sur lequel se développe l'épithéliomas a une grande importance pour l'indication du traitement et le pronostic de la guérison.

On peut diviser, comme l'a fait M. Darier, les épithéliomas en spino-cellulaires et baso-cellulaires, les premiers ayant, en ce qui concerne les rayons X, un pronostic de curabilité moins bon que les seconds.

J'ai biopsié 38 malades traités par la radiothérapie dans le service du D^r Danlos. Je diviserai ainsi les néoplasies traitées, d'après les résultats de l'examen histologique et leur rapport avec le pronostic de leur curabilité par les rayons :

1° *Épithéliomas pavimenteux* (correspondant aux spino-cellulaires de Darier), dans lesquels la néoplasie est constituée par des amas ou traînées de cellules du type épidermique pavimenteux kératinisé, prenant la forme papillomateuse et envoyant des bourgeons intra-dermiques plus ou moins profonds. Ces épithéliomas qui cliniquement vont de la verrue sénile au cancroïde, en passant par la forme papillomateuse, peuvent guérir vite, mais récidivent facilement à cause de la présence de cellules néoplasiques qui, profondément situées, ne sont pas entièrement détruites par les rayons.

2° *Épithéliomas cylindriques*, formés par des cellules cylindriques analogues aux cellules de la couche basale de l'épiderme ou aux cellules de revêtement des muqueuses. Ce sont les épithéliomas baso-cellulaires, de Darier : Les cellules forment des amas, des trabécules. Ils constituent cliniquement les épithéliomas ulcérés ou volumineux du type de l'ulcus rodens. Ils guérissent plus lentement, mais ils donnent moins de récidives locales ou de poussées néoplasiques ganglionnaires régionales. Cependant c'est dans le cours ou après le traitement de ces épithéliomas que l'on a mentionné les généralisateurs ganglionnaires et viscérales ou les phénomènes d'intoxication sur lesquels M. Oudin a attiré l'attention.

Parmi les autres variétés histologiques de néoplasies traitées par les rayons X, soit chez M. Danlos, soit à la clinique de la Faculté, je mentionnerai :

3° *Les sarcomes épithélioïdes*, sortes de néoplasies du type épithéliomateux cylindrique ayant le groupement cellulaire et l'apparence générale des sarcomes. Cette variété donne des tumeurs qui sur la peau guérissent rapidement par la radiothérapie par une série de transformations successives d'abord en tissu embryonnaire, puis en tissu conjonctif cicatriciel. Sur les muqueuses ou dans les régions de la face voisines des orifices, ces tumeurs ont une évolution extrêmement rapide que les rayons X ne font souvent qu'accélérer.

Ces tumeurs se montrent chez des sujets relativement jeunes et donnent quelquefois l'apparence de l'actinomyose, de la syphilis ou de la tuberculose.

Elles s'accompagnent d'adénopathies très marquées.

4° *Sarcomes* avec leurs différentes variétés télangiectasiques ou mélaniques. Les sarcomes suivant leurs variétés nous ont paru se modifier par les rayons X, mais étaient trop étendus, dans les cas que nous avons traités, pour émettre à leur sujet une opinion suffisamment justifiée.

Dans la radiothérapie il faut tenir compte également des conditions d'aggravation propres aux lésions infectieuses, aux suppurations, aux lymphangites qui accompagnent la néoplasie à traiter.

L'insuccès de la radiothérapie peut être également sous la dépendance de l'âge trop avancé du malade, de la cachexie, d'une infection ou intoxication générale, de la syphilis ou de la tuberculose.

Mais de toutes les raisons qui font réussir ou échouer le traitement radiothérapique, les principales sont dues aux rayons X eux-mêmes et à leur mode d'application.

La nature des différents rayons X est peut-être, suivant la source qui les produit, variable dans son action. Ce point spécial n'est pas encore complètement élucidé; le voltage, l'ampérage, le nombre d'intermittences et la régularité du débit sont les conditions qui règlent avec le régime de l'ampoule la qualité des rayons X.

Cette qualité des rayons, c'est-à-dire leur degré différent de pénétration, a une importance sur laquelle j'ai attiré à plusieurs reprises l'attention de la Société. Elle constitue pour moi un facteur considérable dans le mode d'action et la quantité de rayons absorbés par la partie malade.

Il n'est pas indifférent de donner un médicament à doses massives ou à doses fractionnées.

Selon la quantité de rayons X absorbés par une tumeur, et la façon dont on donne cette quantité, les résultats sont variables.

La technique a donc dans l'application des rayons X une importance considérable. Or jusqu'à présent la quantité de rayons et la manière dont ils sont absorbés ne peut être connue que d'une façon relative. Les doses sont souvent trop faibles, trop fortes ou trop prolongées.

Jusqu'à présent voici les principales règles qui ont été données pour la radiothérapie. Suivant Béclère, il faut :

1° Faire absorber à chaque séance la quantité de rayons maxima compatible avec l'intégrité des téguments cutanés ou muqueux ;

2° Mettre entre les diverses séances l'intervalle de temps minimum compatible avec l'intégrité des téguments cutanés ou muqueux.

Pour Bisserié :

La guérison s'obtient plus vite lorsqu'elle a été déterminée par une forte dose donnée en une seule application, que lorsqu'elle est le résultat d'une série de doses faibles données en plusieurs applications successives.

De ces principes sont nées différentes méthodes, toutes empiriques; on peut les classer ainsi :

1° Méthode des doses massives intermittentes, qui consiste à donner en 2 séances ou 3 successives, une dose de 5, 7 à 10 H, puis à s'arrêter 15 à 20 jours.

Une variante de cette méthode est celle des doses couplées : on fait 2 séances de 5 au plus avec 1 jour d'intervalle et l'on attend 15 à 20 jours pour reprendre une nouvelle série.

Dans la méthode des doses maxima, on recommence ainsi des séries successives jusqu'à guérison.

2° Méthode des doses maxima intermittentes. C'est la même façon de procéder, mais on ne donne que 5 H à la fois.

Une variante de ce procédé est le procédé des doses maxima successives en série.

On fait tous les 2 jours pendant 1 semaine une application de 3 H et on attend 1 mois avant de reprendre les séances.

3° Méthode des doses moyennes ou faibles répétées.

Les séances sont répétées tous les 3, 4 ou 8 jours suivant la tolérance de la peau, indiquée par les fourmillements, douleurs, par un léger érythème. Dès qu'apparaissent ces phénomènes on cesse pour reprendre après 3 semaines ou un mois d'arrêt.

La fréquence et l'intensité des séances varient dans toutes ces méthodes suivant que la peau est ulcérée ou non. La plupart des radiothérapeutes admettent que dans les cas ulcérés les doses peuvent être augmentées environ d'un tiers ou d'un cinquième à chaque séance.

En réalité, toutes ces méthodes donnent des succès et des revers. Il n'y a donc point de méthodes définies.

D'une façon générale, avant d'appliquer les rayons X il faut, comme dans toute application thérapeutique, tenir compte de l'âge, de l'état général ou local, de l'existence de néoplasies en d'autres points, de la présence d'adénopathies.

Pour ce qui est de l'état local, nous avons pratiqué, ce que beaucoup font comme nous, la désinfection préalable de la lésion à traiter et au besoin l'ablation et le raclage des parties saillantes ou végétantes.

L'examen préalable des sujets et le nettoyage de la lésion faits, voici quelle est la méthode radiothérapique que nous avons adoptée :

1° Séance d'essai : application de rayons X de degré radiochromométrique 5 à 6, de façon à faire absorber 5 H sur toute l'étendue de la néoplasie (distance de l'anticathode, 15 à 20 centimètres).

2° Arrêt de 15 jours à 3 semaines, suivant que la lésion est ulcérée ou non.

3° Reprise des séances tous les 8 jours, à doses moyennes, de façon à faire absorber 2 1/2 à 3 H à chaque séance.

4° Continuation des séances jusqu'à ce que la lésion ait absorbé le nombre de H qui est donné comme suffisant pour amener la guérison, d'après l'expérience de lésions semblables antérieurement traitées.

Le nombre de H est variable suivant le siège, la forme, la nature de la néoplasie. Il va de 20 à 100 et plus.

Au préalable il est toujours utile, avant l'application de la radiothérapie, de s'assurer de la nature de l'épithéliome. L'examen histologique montrera souvent des vaisseaux sanguins ou lymphatiques déjà envahis. Constatation des plus importantes au point de vue de la répercussion ganglionnaire.

Comme conclusion, je dirai qu'il ne me semble pas que dans l'état actuel de la radiothérapie, il existe de contre-indication nette à l'emploi de cette méthode en ce qui concerne les épithéliomas cutanés; que pour ce qui est des muqueuses, l'intervention chirurgicale paraît encore le moyen le plus sûr;

Que la technique est toute empirique; uniquement basée sur le nombre de cas traités et les résultats obtenus;

Et qu'en présence de faits analogues à ceux que j'ai mentionnés, c'est-à-dire une poussée ganglionnaire néoplasique régionale dès la première application, il y a lieu, avant d'utiliser un traitement radiothérapique, de faire, toutes précautions antiseptiques prises, une séance d'essai avec dose maxima. Des suites de cette séance, dépendront ou la continuation du traitement radiothérapique ou la nécessité de l'intervention chirurgicale.

Radiothérapie et épithélioma.

Par M. DANLOS.

J'ai traité depuis bientôt deux ans 130 cas environ de cancroïdes cutanés, et, dans le nombre, 90 au moins ont été soumis à la radiothérapie par les rayons X. Parmi ces cancroïdes les uns, du volume d'une lentille, auraient guéri par tous les procédés d'usage en pareil cas; d'autres, ayant rongé la face en presque totalité, étaient au-dessus d'une thérapeutique quelconque. Dans la moyenne il s'agissait de cancers, ulcérés ou non, ne dépassant pas les dimensions d'une pièce de deux ou de cinq francs. C'est à ces formes moyennes que s'appliquent les considérations que je développerai tout à

l'heure ; mais d'abord je dois insister sur la difficulté, l'impossibilité même, de répondre catégoriquement à la question telle qu'elle est posée : Indications et contre-indications du traitement des épithéliomas par les rayons X. Un exemple fera bien comprendre la raison de ma perplexité. Prenons un épithélioma de volume moyen, siégeant sur le front, sur la tempe ou sur la région malaire ; et supposons qu'il soit exempt de tout retentissement ganglionnaire. Règle générale, cet épithélioma doit guérir par les rayons X. Neuf fois sur dix peut-être il en est ainsi ; mais il y a malheureusement quelques exceptions. De temps en temps on tombe sur un cancroïde absolument identique en apparence à ceux qui sont justiciables des rayons X ; ni la clinique ni l'histologie ne révèlent la plus petite différence ; et cependant la radiothérapie, employée avec la technique qui guérit ordinairement, se montre absolument impuissante. C'est la contre-indication que j'appellerais volontiers *paradoxe*. Ce cas est exceptionnel, mais dans d'autres plus fréquents, l'évolution est différente sans être plus favorable. Le mal paraît d'abord céder aux rayons ; la cicatrisation commence, on croit marcher vers le succès, puis sans modification dans le traitement, sans radiodermite, sans modification histologique appréciable dans la structure des tissus (plusieurs biopsies de Gastou), la régression s'arrête, l'ulcération se creuse, s'agrandit et l'on n'obtient plus rien du traitement radiothérapique. Il s'est créé, par un mécanisme que j'ignore, une *contre-indication secondaire*. D'autres fois le mal guérit complètement, la guérison locale se maintient ; mais le cancer récidive dans les ganglions, s'aggrave rapidement et la radiothérapie est désormais impuissante. Dans ces trois cas, que la contre-indication ait été *paradoxe* comme dans le premier, *secondaire* comme dans le deuxième, ou *consécutive* comme dans le dernier, elle était réelle, et cependant rien ne permettait de la prévoir. C'est là ce qui me fait hésiter à formuler des règles. Il n'y a guère que des probabilités d'indications, et les cas d'exception ne sont pas rares. Moins souvent nous avons l'agréable surprise de voir céder aux rayons, des tumeurs qui semblaient devoir être rebelles.

Ces réserves faites sur l'impossibilité de poser des indications absolues, je crois qu'en faisant une part assez large au chapitre des exceptions, il est possible de formuler des règles pratiques qui seront généralement vérifiées. Les conditions qui me paraissent jouer le rôle principal dans la détermination de ces règles sont : la variété clinique et histologique du cancroïde, son évolution, son étendue, son degré de multiplicité, sa forme, son siège, l'état des ganglions, l'âge des malades.

Variété clinique. — Sans insister sur le côté histologique, pour lequel je n'ai aucune compétence et qui a été traité par M. Gastou à

l'aide des nombreuses biopsies qu'il a faites sur mes malades, je puis, *grosso modo*, diviser les cas observés en quatre groupes.

a. Épithélioma perlé superficiel et acné cancroïdale.

b. Épithélioma à induration profonde.

c. Sarcomes épithélioïdes.

d. Cancres cutanés de forme mélanique.

Le premier groupe comprend de beaucoup les cas les plus nombreux. J'ai rapproché, malgré leur différence de nature, les deux types morbides qu'il renferme, parce que les indications thérapeutiques sont les mêmes pour tous les deux.

Ici l'indication des rayons X est absolument positive, mais beaucoup d'autres moyens pourraient être employés avec le même succès. Ainsi pour les plus petits de ces cancroïdes, le radium me paraît le traitement de choix. Je n'ai guère traité moins d'une trentaine de cas par ce procédé, et toujours avec avantage; mais pour les épithéliomes plus étendus, le traitement par le radium serait beaucoup trop long et l'on arrive plus vite au résultat par l'emploi des rayons X. Les caustiques, et en particulier les pâtes arsenicales avec ou sans raclage préalable, réussissent également bien. Ils sont cependant inférieurs, sous le double rapport de la rapidité et de l'esthétique à l'extirpation. Pour les malades de ce groupe qui redoutent la douleur du caustique ou du bistouri, on peut hardiment affirmer que la radiothérapie est le traitement par excellence. Elle donne de belles cicatrices avec le minimum de dégâts et, sauf complication de radiodermite, ne détermine aucune douleur.

Dans les *épithéliomas à induration profonde* les indications sont moins précises. Nous avons vu plusieurs fois les rayons X donner de bons résultats, mais nous avons eu des échecs, des améliorations simplement partielles ou des récidives promptes sur certains points qui semblaient guéris. Il est à craindre que dans ces cas, les rayons ne donnent parfois, comme le chlorate de potasse et le Czerny pour les cancroïdes perlés, qu'une cicatrisation de surface. Nous avons pu constater après des améliorations considérables, et cela *sans interruption de traitement*, une reprise de l'offensive du cancroïde; aussi quand l'opération chirurgicale complète est possible, nous paraît-elle donner plus de sécurité, sans aller jusqu'à dire que les rayons soient contre-indiqués, car dans les cas de ce genre la chirurgie elle-même enregistre souvent des revers.

Sarcomes épithélioïdes. — Je donne ce nom, d'après M. Gastou, à certaines tumeurs cutanées de nature épithéliale avec tendance à la production de cellules du type conjonctif. Je n'en ai observé que deux cas d'aspect clinique d'ailleurs très différent, ce qui me fait supposer que ce groupe n'est pas homogène. Ils ont guéri tous deux complètement par la radiothérapie. Je crois qu'ici l'indica-

tion des rayons X est formelle. Ils m'ont donné la guérison dans un cas où la chirurgie aurait très probablement été impuissante (1).

Ce résultat n'a d'ailleurs rien de surprenant. Ces cas sont à cheval sur le sarcome et l'épithélioma et l'on sait avec quelle facilité certains sarcomes cèdent à la radiothérapie.

Cancers cutanés mélaniques. — Ici nous devons être plus réservés. Nous ne pouvons toutefois dire qu'il y a contre-indication, car la chirurgie ne donne souvent en pareil cas que des succès; mais le résultat de la radiothérapie est très incertain. Au moins peut-on penser que les rayons bien maniés n'ont pas d'action fâcheuse. Dans un cas (2), où la chirurgie aurait pratiqué l'amputation d'un doigt, ils nous ont fourni une amélioration très encourageante; peut-être même la malade aurait-elle guéri, mais nous l'avons perdue de vue.

Le cancroïde qui siégeait sur le dos d'un doigt avait déjà diminué d'un tiers au moins après quelques séances. Des deux autres que nous avons observés, l'un est encore dans nos salles pour une récurrence après une grande amélioration suivie malheureusement d'une suspension de traitement.

Dans notre troisième cas, il s'agissait d'une femme ayant à la plante du pied un cancroïde mélanique étendu, déjà compliqué d'un ganglion dans l'aîne (3). Un traitement radiothérapique intense a été fait, nous avons obtenu la régression presque complète de la lésion plantaire; mais le ganglion a résisté à tous nos efforts et a continué de grossir malgré les rayons. Des masses ganglionnaires sont apparues dans la fosse iliaque et nous avons appris que la malade était morte de généralisation. Ces résultats ne sont pas brillants, mais le bistouri ne fait pas beaucoup mieux, de sorte qu'en pareil cas l'indication nous semble indécise.

L'évolution du cancroïde fournit peu d'indications. Elle est très habituellement assez lente pour permettre l'essai des rayons. Si après un nombre raisonnable de séances, il n'y avait pas de modification favorable, ou si la marche semblait s'accélérer, l'indication serait de suspendre et de s'adresser au chirurgien.

On peut dire de *l'étendue*, quand elle est petite, qu'elle est une indication pour toutes les méthodes, car c'est à ce moment que les cancroïdes sont le plus curables, et cela par tous les moyens. Ici c'est la question de nature histologique et de siège qui devra déterminer l'indication. En cas d'épithélioma perlé ou d'origine sébacée nul doute qu'il ne faille user des rayons. Si le cancroïde est épais, profondément induré et siége sur la lèvre inférieure, peut-être est-il plus sage de s'adresser de suite au chirurgien. Par contre, si l'éten-

(1) Moulages nos 2360 et 2423 du Musée.

(2) Moulage n° 2358.

(3) Moulage n° 2422.

due est telle que la chirurgie se montre impuissante, les rayons reprennent leurs droits. Malheureusement ce n'est alors le plus souvent qu'à titre palliatif, comme traitement moral et suggestif destiné à soutenir l'espérance du malade plutôt qu'à le guérir.

La considération du *siège* n'a pas une valeur absolue, mais combinée à d'autres éléments, elle peut donner des indications et contre-indications assez positives. Je considérerai sous ce rapport trois points principaux : l'angle interne de l'œil, le sillon naso-génien, et la lèvre inférieure.

A l'*angle interne de l'œil* tous les moyens sont bons quand la lésion est petite et bien limitée. Plus tard, quand elle est ulcéreuse et pénétrante, la chirurgie détermine des délabrements, l'opération est souvent suivie de récidives. Nous avons vu dans ce cas les rayons donner d'excellents résultats ; de sorte que, pour nous, ce siège est plutôt une indication de la radiothérapie.

Il en est de même pour les cancroïdes, même profonds, qui se produisent dans le *sillon naso-génien*. Ici encore la chirurgie détruit beaucoup et avec des résultats médiocres. J'ai vu par contre les rayons X agir très favorablement. Ils sont, à mon avis, indiqués dans ce cas, et pourraient parfois être avantageusement associés au grattage (1).

A la *lèvre inférieure*, les rayons, dans les formes superficielles, ont parfois de bons effets et j'en ai quelques exemples ; mais j'ai vu malheureusement des revers inexplicables sur lesquels je reviendrai. Aussi je crois que dans ce cas, surtout si l'on a affaire à un épithélioma à induration profonde, il y a plutôt contre-indication.

J'ajouterai, à la décharge des rayons, que la chirurgie dans les mêmes conditions ne fait pas toujours mieux et j'ai vu plusieurs malades chez lesquels des épithéliomas de même siège et de même nature, récidivant peu de temps après l'extirpation, soit sur place, soit dans tous les ganglions du cou, avaient déterminé des lésions défiant toute thérapeutique.

Par contre, à la lèvre supérieure un épithélioma, bien que propagé à la gencive, a pu céder temporairement à l'action des rayons. Je ne puis dire toutefois que la guérison se serait faite, car la malade a été emportée en cours de traitement par une hémorragie cérébrale.

La *multiplicité des cancroïdes*, dont j'ai vu quelques exemples, me paraît au contraire une indication de la radiothérapie. En général, ces cancroïdes multiples sont consécutifs à l'acné sébacée concrète, ou au lupus. Comme ceux qui se voient dans le xeroderma pigmentosum, ils ont peu de gravité. Tout autre procédé que la radiothérapie aurait sans doute les mêmes effets ; mais celle-ci a l'avantage d'éviter toute douleur.

(1) Moulage n° 2435.

La *forme des cancroïdes* prête plutôt à des considérations relatives à la technique qu'à une discussion d'indication. Dans les formes exubérantes fongueuses (choux-fleurs) on peut aller avec beaucoup plus de hardiesse que dans les formes ulcéreuses. On peut avec avantage multiplier et rapprocher les fortes séances, mais il faut prendre garde toutefois de ne pas continuer ainsi quand le champignon s'est affaissé. En le faisant, on s'exposerait tout au moins à des dermites fort douloureuses.

Même remarque à propos des cancroïdes creux. La radio-inflammation ne s'y traduit pas toujours par de la rougeur, et une augmentation de l'ulcération dans tous les sens peut en être objectivement la seule conséquence. On est porté alors à croire à l'insuccès de la thérapeutique et à abandonner la partie. Plusieurs fois je suis resté quelque temps dans l'incertitude, ne sachant si je devais attribuer l'augmentation de l'ulcère à la marche du cancer ou au traitement. Heureusement l'indécision n'est pas de longue durée. Le traitement suspendu, et en pareil cas j'ai toujours eu soin de l'interrompre, si le mal continue à s'étendre, c'est l'extension cancéreuse qui est en cause; si au bout de quelques semaines il y a régression, on conclut *à posteriori* qu'il s'agissait d'une poussée ulcéralive d'origine thérapeutique. J'ajoute que le diagnostic différentiel de ces deux conditions objectivement identiques est rendu probable pendant la période d'incertitude par des douleurs violentes, quelquefois même intolérables, dues vraisemblablement à des névrites radiothérapiques, névrites que je n'ai rencontrées que dans les cas où la thérapeutique avait été trop active. La possibilité de ces radiodermes sans autre manifestation objective que l'exagération apparente du mal est l'indication de procéder avec beaucoup de ménagement dans les formes ulcéreuses du cancer cutané.

Quand dans un cancer, cutané ou autre, les *ganglions sont envahis*, le cas doit être considéré comme très mauvais pour toutes les méthodes. La chirurgie donne alors si souvent de médiocres résultats, que je ne sais vraiment si je dois considérer ce cas comme relevant plus particulièrement du bistouri. Cependant cette conclusion me semble provisoirement la plus rationnelle. Peut-être pourrait-on avec quelque avantage associer à l'extirpation une cure radiothérapique pour assainir la cicatrice ou la surface cruentée. L'avenir seul nous dira ce qu'il faut penser de cette méthode hybride. Je la crois sans inconvénient; mais je lui crois aussi peu d'avantages car, *en dehors des sarcomes*, les lésions cancéreuses profondes m'ont toujours paru peu modifiées par les rayons. Je ne voudrais pas cependant me montrer trop pessimiste, car il m'a semblé parfois que les rayons avaient favorisé la rétraction ou plutôt l'induration scléreuse, c'est-à-dire probablement la réaction de défense des ganglions.

L'âge trop avancé peut contre-indiquer une intervention chirurgicale ; j'ai trouvé dans ce cas, sur des malades de 90 et même de 99 ans, que l'emploi de la radiothérapie était une ressource précieuse.

Indépendamment des cancers cutanés, j'ai traité par la radiothérapie cinq ou six cas de cancers de la langue et un cas d'épithélioma de l'utérus. Dans ce dernier cas la matrice était encore mobile et sa lèvre postérieure seule envahie, mais dans une assez grande étendue. Je me suis servi d'une ampoule de cristal munie d'une diverticulum en forme de pénis ; dont l'extrémité seule était en verre. Ce pénis radiant, introduit dans un spéculum cylindrique préalablement placé, était dirigé de telle façon que son extrémité, seule partie émettant des rayons X, arrivait au contact même de la lèvre malade. Malgré ces conditions en apparence favorables, et une durée de pose allant jusqu'à trois quarts d'heure, je n'ai obtenu, après quinze à vingt séances, aucun résultat. Il est juste d'ajouter que l'ampoule n'avait qu'un débit très faible et que son extrémité n'impressionnait pas, même au contact et au bout d'une heure, le papier de Sabouraud. Je ne considère donc pas ce résultat comme définitif et je crois que l'essai mérite d'être repris avec un outillage plus puissant.

Pour la langue, il s'agissait en général de cancers déjà étendus et compliqués de ganglions. En opérant avec prudence je n'ai pas eu de radiodermite appréciable, mais je n'ai rien obtenu et les malades ont cessé de venir. L'un d'eux a seul persisté ; tout ce que je peux dire de lui c'est que la radiothérapie ne lui a pas été nuisible. Aujourd'hui, après plus d'un an de traitement, sa langue est partiellement détruite, mais l'état général est resté bon et les ganglions se sont peut-être un peu sclérosés.

Je voudrais en terminant revenir sur deux ordres d'accidents auxquels j'ai fait allusion en commençant.

S'ils pouvaient être prévus, ils seraient une contre-indication formelle à l'emploi des rayons X dans ces cas particuliers.

Le premier, dont j'ai observé au moins quatre exemples : sur le dos du poignet (1), à la joue, à la lèvre supérieure près du nez, et à la moitié gauche de la lèvre inférieure, consiste en ceci : Un épithélioma végétant ou ulcéreux paraît tout d'abord bénéficier considérablement du traitement radiothérapique ; le mal diminue quelquefois à tel point que la guérison semble certaine ; puis, tout à coup, sans radiodermite appréciable, sans modification du traitement, l'ulcération grandit de nouveau quoi que l'on fasse. Elle prend même quelquefois une marche rapide qui conduit à se demander si le traitement n'est pas responsable de cette évolution précipitée. J'ai eu notamment cette impression chez un malade de M. Balzer, atteint d'un lupus compliqué d'épithélioma végétant, que pendant quelque

(1) Moulage n° 3378.

temps j'avais espéré guérir. Deux autres cas dans lesquels j'ai constaté cette évolution progressive, après une période d'amélioration, n'ont pas présenté cette marche rapide. La suspension d'abord, puis plus tard la reprise timide du traitement n'ont pas influencé la marche progressive du mal. Dans les deux cas où l'épithélioma avait été primitivement végétant, il a pris dans cette dernière phase l'allure ulcéreuse.

Le second phénomène sur lequel je désire appeler l'attention est le suivant :

Il survient, chez quelques malades, des poussées ganglionnaires, se faisant avec une acuité dont, avant la radiothérapie, je n'avais jamais vu d'exemple. Il n'est pas rare, on le sait, chez les malades atteints de cancers de la muqueuse buccale (langue, plancher), de constater des abcès ganglionnaires, à évolution subaiguë ou lente, déterminés par l'infection secondaire du néoplasme. Cela ne se voit guère qu'à une période très avancée de la maladie. La complication dont je veux parler est analogue, mais se distingue par sa marche rapide et sa précocité. J'en ai observé deux exemples dont l'un est encore actuellement dans mon service.

Le premier se rapporte à un sujet atteint d'épithélioma térébrant de la lèvre inférieure (1). Les rayons avaient produit si bon effet que j'escomptais déjà la guérison, lorsque se développa une radiodermite légère en même temps que la régression s'arrêtait. Simultanément je vis se produire à la région sous-maxillaire un empatement phlegmoneux à marche tellement aiguë, que j'espérai tout d'abord une adénite simple par infection banale de l'épithélioma. L'incision donnant un pus phlegmoneux sembla justifier cette manière de voir; mais moins de trois semaines après, un champignon cancéreux se fit jour par l'ouverture, et depuis la maladie précipita rapidement sa marche. Le patient, désespéré, quitta l'hôpital; je n'ai pas eu de nouvelles, mais il est certain qu'il a succombé. Le deuxième cas est également relatif à un cancroïde de la lèvre inférieure. A l'inverse du précédent, qui était profondément induré, épais, térébrant, celui-ci, bien que très étendu, semblait relativement superficiel. Il céda complètement et rapidement au traitement radiothérapique, sans se compliquer, à aucun moment, de radiodermite.

La guérison semblait complète quand le malade fut pris brusquement d'une tuméfaction générale du cou à marche tellement rapide, que M. Hudelo qui me remplaçait et M. Morestin firent le diagnostic d'angine de Ludwig.

Le malade, largement incisé, guérit de cette poussée. Plus tard, une deuxième poussée moins forte de tuméfaction générale du cou se produisit puis s'éteignit en quelques jours sans incisions. A ma

(1) Moulage n° 2379.

reprise du service, je trouvai ce malade avec un cou induré, ligneux, et un champignon cancéreux émergeant par l'une des incisions qu'avait faites le chirurgien. Pendant ce temps, la guérison de la lèvre s'était maintenue. Elle se maintient encore aujourd'hui que le champignon cancéreux du cou a pris un volume énorme.

Avant la radiothérapie, je n'avais jamais observé cette marche suraiguë des complications ganglionnaires.

Quelques mots maintenant sur la technique suivie :

Je me suis servi presque uniquement des ampoules Muller à auto-régulateur avec manchon et cylindres protecteurs de Drault, le malade placé à 15 centimètres environ de l'anticathode, les rayons marquant en moyenne 5 à 6 au radiochromomètre de Benoist. Au début, pour les épithéliomas épais, je faisais tout d'abord 3 séances de 5 H, espacées de 3 en 3 jours ; puis j'attendais 3 semaines. Dans les cancroïdes superficiels, je me bornais à 2 séances.

Je renouvelais ensuite les séances à 15 ou 20 jours d'intervalle. Quand la régression avait commencé, je ne faisais plus guère que des séances de 5 H, espacées d'une quinzaine de jours. Quelquefois cependant, si l'action des rayons ne me paraissait pas suffisante, je refaisais des séances couplées à 3 jours d'intervalle par 2 ou quelquefois même par 3. Depuis plus d'un an, ayant cru remarquer que certains accidents de radiodermite ulcéreuse étaient peut-être dus à cette thérapeutique trop intense, je réserve la méthode forte aux formes très végétantes sur lesquelles la destruction n'est pas à craindre. En général, je débute par une séance de 5 H ; 8 ou 10 jours après, j'en fais une autre et plus tard, quand la régression a débuté, j'espace les séances de 15 à 18 jours. De cette manière, je vais moins vite, mais je n'ai plus guère de radiodermite, au moins de radiodermite importante. Pour la langue, je n'ai pas systématiquement dépassé 3 H. Pour obtenir ce chiffre, je ne laissais les malades exposés à l'ampoule que les 3 cinquièmes du temps nécessaire au moment de l'observation pour donner 5 H.

Je terminerai en concluant que s'il existe des indications formelles au traitement des cancers cutanés par les rayons X, il n'y a pas de contre-indications absolues, car dans les cas défavorables à la radiothérapie, la chirurgie est souvent incertaine. Je suis bien loin de croire toutefois qu'il y faille renoncer, et j'ai dit dans cette note dans quels cas je conseillais d'y avoir recours. Je crois du reste qu'il faut se garder de toute généralisation absolue, et se déterminer dans chaque cas par des considérations de probabilité, de convenance, de siège, de marche, etc. ; sans oublier que quoi qu'on fasse la base de nos déterminations reste souvent insuffisante ; car malgré les progrès de nos connaissances, l'adage de la sagesse antique est malheureusement encore vrai : *experientia fallax, judicium difficile*.

Indications et contre-indications de la radiothérapie dans le traitement de l'épithéliome cutané.

Par M. LEREDDE.

Je suis heureux qu'un débat s'engage devant notre Société sur un sujet de thérapeutique considérable, qui intéresse les médecins et de nombreux malades. Ce débat sera utile, s'il aboutit à quelques conclusions nettes, et amène les praticiens à admettre quelques règles précises pour la cure de l'épithéliome cutané. Au milieu du désordre qui règne dans tous les chapitres de la thérapeutique, en raison du nombre illimité de travaux qui paraissent chaque jour, et de l'insuffisance, j'ose le dire, de la plupart; seules des discussions dans lesquelles des médecins compétents cherchent à se mettre d'accord peuvent déterminer un progrès réel dans la pratique médicale, progrès que n'amènent jamais les dissertations les plus longues, les mieux faites, les plus affirmatives dues à un seul auteur.

L'épithéliome de la peau est une affection dont dermatologistes et chirurgiens se disputent le traitement. Si nous voulons donner à celui-ci une base précise, nous devons nous mettre à un point de vue supérieur à celui des uns et des autres. Quelle indication doit être remplie en premier lieu dans le traitement de l'épithéliome cutané? Empêcher qu'il ne tue le malade. Dans tous les cas, après un temps variable, souvent fort long, l'affection peut amener la mort. Tous les moyens que nous emploierons, et il faut ajouter la technique qui sera suivie dans l'emploi de ces moyens, doivent amener la guérison complète et définitive. C'est pour cela que je me suis élevé contre l'emploi inconsidéré des caustiques chimiques dont le médecin ignore l'action précise, qu'il ne sait pas manier en raison de leur nombre illimité, et de leur énergie infiniment variable. Dans la pratique, leur usage n'a d'autre résultat que de permettre la récurrence indéfinie du mal.

Le seul moyen qui empêche sûrement la récurrence, — il faut éliminer tous les cas où l'infection ganglionnaire existe déjà au moment de l'intervention, — c'est l'ablation large, au delà des limites du mal. D'autre part, on peut admettre *a priori* que dans toute maladie, l'idéal est de n'avoir qu'un traitement, et on peut comprendre et admettre une thérapeutique de l'épithéliome cutané qui se résumerait en quelques lignes : ablation, faite suivant telle ou telle technique.

En fait, l'épithéliome dont il s'agit est tellement lent dans son évolution, tellement bénin pendant des années dans la plupart de ses formes, qu'on peut se demander s'il n'y a pas lieu de tenir compte de considérations accessoires, dans l'adoption d'une ligne de conduite : considérations esthétiques, agrément du malade, qui répugne parfois à l'intervention sanglante, agrément du médecin lui-

même, qui n'ose pas toujours ou ne sait pas manier le bistouri, et qui préférera employer une technique dont il a l'usage.

La radiothérapie est à la mode, elle permet, dans l'épithéliome de la peau, d'obtenir la guérison complète; elle donne des résultats esthétiques et parfaits, sans douleur, de nombreux médecins croient pouvoir la manier. Si elle donnait, au même titre que l'ablation chirurgicale large, la certitude de la non récurrence, elle pourrait être mise sur le même plan. Certains auteurs semblent admettre d'ores et déjà qu'elle constitue la méthode de choix du traitement de l'épithéliome de la peau.

Eh bien, il y a là une exagération *dangereuse*. Dans le travail que j'ai présenté à la dernière séance de notre Société et qui a été, ainsi que la note de M. Gastou, le point de départ de cette discussion, j'ai publié des cas de récurrence, de généralisation et de mort dans des épithéliomes de la peau traités par la radiothérapie. M. Gastou a cité des cas d'infection ganglionnaire. M. Danlos avait déjà mentionné des faits analogues, mais la plupart de ses faits concernent des épithéliomes de la lèvre inférieure, très différents dans leur évolution, leur histologie, de la plupart des épithéliomes de la peau (on sait que les radiologistes américains déconseillent formellement l'emploi de la radiothérapie dans ces formes, et je me rattache entièrement à leur manière de voir).

Si l'on veut continuer, malgré ces insuccès, à employer la radiothérapie dans les cancroïdes de la peau, il est indispensable que tout médecin soit fixé sur les contre-indications exactes. Les insuccès que j'ai énumérés plus haut peuvent être dus : 1° à l'évolution propre de certaines formes, 2° (et ceci me paraît aussi important) à la technique suivie.

A. — Je ne reviendrai pas longuement sur le travail que j'ai communiqué à la dernière séance de la Société de Dermatologie, énumérant certaines contre-indications des rayons X dans la cure des cancroïdes cutanés. Je mentionnais : 1° les cas où ces cancroïdes ont une marche rapide, 2° des formes très profondes et très étendues, 3° les mélanomes. Je renvoie à mon travail où on pourra trouver le détail des cas qui m'ont conduit à établir ces contre-indications.

Peut-on en établir d'autres à l'heure présente, sans parler des épithéliomes des lèvres pour lesquels la question me semble d'ores et déjà résolue? La discussion d'aujourd'hui permettra peut-être de le faire. Je mentionne seulement que de petits épithéliomes du type perlé ou hyperkératosique sont très rebelles aux rayons X, et peuvent être traités de préférence par une technique autre que la radiothérapie. Mais il ne s'agit pas de contre-indications formelles, qui n'existent à mon sens que dans les cas où l'emploi des rayons est *dangereux*.

Notre collègue M. Darier a soulevé une question très intéressante en affirmant que la radiothérapie est contre-indiquée dans les épithéliomés lobulés cornés. Si la formule était d'une valeur absolue, et établie sur une statistique assez longue, elle conduirait à faire précéder l'intervention dans les cancroïdes de la peau d'un examen histologique et m'amènerait peut-être à modifier les propositions qui précèdent.

B. — L'étude des contre-indications de la radiothérapie m'a conduit à soulever une question fondamentale, celle de la technique. Aucune méthode en thérapeutique ne vaut que si elle est bien appliquée, et on l'oublie sans cesse, dans les manuels, dans les travaux de tout genre. Seuls les chirurgiens paraissent le savoir, comme il convient.

Nous ne voulons parler aujourd'hui que des indications et des contre-indications de la radiothérapie bien faite ; il est bien entendu que la radiothérapie *mal faite* est toujours dangereuse. Mais qu'est-ce que la radiothérapie *bien faite* dans les cas d'épithéliome ?

J'ai également abordé ce point dans le travail auquel j'ai déjà fait allusion. On sait combien la technique de la radiothérapie dans les affections qui en relèvent a été longue à déterminer, en raison de la longue période qui a précédé l'introduction des moyens de mesure.

Depuis que nous sommes en possession de ces moyens, il existe une autre cause d'incertitude, moins grave il est vrai. Elle est due simplement au mot *radiodermite*. Tout médecin qui emploie les rayons X est préoccupé d'éviter une radiodermite, frayeur légitime, à condition de définir le mot. On va voir combien la chose est nécessaire.

Pour de nombreux auteurs actuels, il y a radiodermite dès qu'il y a érythème, ou alopecie définitive. Ceci exige une dose supérieure à cinq unités H, à la teinte B du papier Sabouraud-Noiré. MM. Sabouraud et Noiré impriment sur le petit carnet où sont placées les teintes étalons de leur radiomètre : teinte B correspondant à la dose maxima que la peau peut recevoir sans qu'il s'ensuive de l'érythème, une *radiodermite* ou une alopecie définitive.

Mais le résultat de cette manière de voir est que la plupart de nos confrères hésitent à employer des doses supérieures à cinq unités de Holzknecht.

Or la définition du terme radiodermite est artificielle, — toute action des rayons X sur les tissus peut être considérée comme amenant une radiodermite. Pour préciser et fixer les idées, il faut au moins distinguer parmi les radiodermes (au sens Sabouraud-Noiré) celles qui doivent être évitées dans certains cas et celles qui doivent l'être toujours. Au delà d'une certaine dose, les rayons X provoquent des douleurs intenses et rebelles. La *radiodermite douloureuse rebelle* doit être évitée dans tous les cas en radiothérapie. Mais on

peut employer des doses inférieures à celles qui la déterminent dans tous les cas où on veut amener une destruction, une élimination de tissus, une sclérose. Peu importe la rougeur, peu importe même l'alopécie quand il est nécessaire de l'obtenir pour amener la guérison; il faut seulement savoir que les doses supérieures à 5 H la produisent et en prévenir le malade.

Eh bien, je crois que dans les cas d'épithéliome cutané, nous pouvons franchement et systématiquement élever les doses usuelles et arriver à faire absorber par la peau 10 à 12 unités H; recommencer quand toute réaction aura disparu, c'est-à-dire après une vingtaine de jours. Et comme il est nécessaire de faire toujours plus, d'éviter l'infection profonde qui a des chances (même exceptionnelles) de se produire quand on laisse quelques éléments épithéliomateux, je crois utile de faire de nouveau une troisième application au bout de quarante jours après le début du traitement. Ceci comme ligne de conduite générale et qui doit être modifiée toutes les fois que des conditions anatomiques l'exigent : une épaisseur importante de l'épithéliome peut, par exemple, conduire à augmenter la dose des rayons.

La radiothérapie a-t-elle des indications précises? Un mot seulement sur ce point dont j'ai parlé dans mon premier travail. J'y énumère, à titre provisoire : les petits épithéliomes des paupières, les épithéliomes destructeurs du centre de la face, cette liste pouvant être complétée par des indications fournies par d'autres auteurs.

Je résumerai cette communication de la manière suivante :

1° Nous n'avons pas le droit de faire de la radiothérapie une méthode exclusive de traitement de l'épithéliome cutané, puisque dans certains cas, fussent-ils rares, le traitement par les rayons a été suivi de mort.

2° La radiothérapie ne doit pas être employée dans les cas à évolution rapide, dans les formes très étendues et très profondes ni dans les mélanomes.

3° Les contre-indications fournies par l'examen histologique sont à réserver.

4° Il ne faut pas traiter un épithéliome de la peau par des doses de rayons X insuffisantes, et je suis d'avis que dans tous les cas il faut faire absorber par les surfaces malades 10 H et reprendre au moins une fois cette application, après le temps nécessaire pour que l'effet des rayons soit éteint (une vingtaine de jours). Je trouve même prudent en principe de faire trois applications successives. Ces doses doivent être élevées quand le volume de l'épithéliome l'exige.

Bien entendu, on dépassera toujours dans le traitement la limite de la tumeur de quelques millimètres.

5° La radiothérapie est indiquée plus que d'autres méthodes dans

les épithéliomes des paupières, dans les épithéliomes destructeurs du centre de la face.

La radiothérapie peut-elle faciliter les infections néoplasiques profondes et rendre l'évolution épithéliomateuse plus rapide? La question s'est posée de même pour les cancers non cutanés et n'est pas résolue. Au point de vue pratique, il faut simplement penser que la radiothérapie ne doit jamais être faite à des doses insuffisantes, qui n'amènent pas la guérison et peuvent modifier la vitalité des cellules néoplasiques. S'il y a destruction et élimination complète des tissus morbides, les chances d'infection profonde consécutive disparaissent.

M. DANLOS. — M. Leredde croit que les insuccès sont souvent dus à l'insuffisance du traitement; j'aurais tendance au contraire à penser qu'ils sont dus souvent à l'exagération des doses. J'ai coutume, actuellement, de donner 5 H tous les 15 ou 18 jours; autrefois, je donnais en général 5 H trois fois de suite, avec des intervalles de 3 jours.

M. SABOURAUD. — Avec 5 H, appliquées 3 fois de suite en 9 jours, vous deviez avoir à tout coup une radiodermite ulcéreuse; sinon il y avait erreur dans le dosage.

M. DANLOS. — Je ne sais s'il y avait erreur de dosage; mais les radiodermites n'étaient pas très fréquentes et je n'ai jamais eu d'eschares. On suivait exactement les indications du papier.

M. GASTOU. — Il est impossible de faire un dosage précis avec les pastilles de Sabouraud-Noiré, nous avons fait à ce sujet des expériences comparatives et nous nous sommes assuré que les pastilles d'origine différente donnent des résultats très différents.

M. SABOURAUD. — Le résultat obtenu par M. Gastou montre qu'il n'a pas tenu compte des techniques que M. Noiré et moi avons exposées en leur temps et qui sont indispensables pour avoir avec notre radiomètre des mesures précises et constantes.

Les pastilles de notre radiomètre sont faites d'un carton bristol sur lequel est étendue en couche mince une émulsion de platino-cyanure de baryum dans un collodion à l'acétate d'amyle. Si l'on se sert de papier préparé avec du platino-cyanure de baryum mélangé à de la colle de gomme par exemple, la teinte repère de notre radiomètre cesse d'être utilisable. Mais avant de juger une technique, et surtout de la condamner, il faut se mettre d'abord, pour la contrôler, dans les conditions d'expérimentation qu'elle réclame, et c'est ce que M. Gastou n'a pas fait.

Les rayons X dans le traitement des épithéliomas cutanés.

Par M. BISSERIE.

Pour la clarté de la discussion, il me semble indispensable d'en préciser les points en la limitant aux seuls épithéliomas cutanés, abstraction faite

de toutes les autres néoplasies cutanées. C'est donc volontairement que je laisserai de côté, d'une part les sarcomes cutanés, les mélano-sarcomes, etc.; d'autre part, les épithéliomes des muqueuses (langue, lèvres), bien que j'aie pu obtenir dans divers cas de ce genre des résultats vraiment remarquables.

Pour que la radiothérapie puisse donner le résultat thérapeutique cherché, il faut qu'elle soit appliquée d'une façon méthodique et judicieuse, mais s'il est nécessaire d'utiliser une technique d'application, qui dans ses grandes lignes sera soumise à des règles méthodiques, il est, *a priori*, irrationnel au premier chef de vouloir enfermer cette technique dans les limites étroites d'une méthode d'application immuable et toujours identique à elle-même. Il appartient à l'opérateur d'apprécier, suivant les circonstances, les modifications qui paraissent compatibles avec un cas spécial et déterminé.

En principe j'utilise les radiations correspondant au numéro 8 ou 10 de l'échelle de Benoist et je fais absorber, en une seule application, une dose qui n'est jamais inférieure à 5 ou 6 H, et peut, en quelques circonstances, aller jusqu'à 8 et 10 H. J'attends, pour procéder à une autre application, que toute trace de réaction ait complètement disparu. La dose de 5 à 6 H, compatible avec l'intégrité des tissus, me semble la dose généralement suffisante, mais nécessaire, pour une action efficace. La dose totale qui paraît nécessaire varie entre 30 et 60 H pour les épithéliomas, même les plus superficiels, si l'on veut éviter tout risque de récurrence.

Il y a nécessité absolue à ce que les radiations X puissent porter leur action d'une façon aussi directe et aussi immédiate que possible sur toutes les parties de la néoplasie.

C'est dire que, quels que soient les avantages de la méthode radiothérapique, on ne saurait, à mon avis, la préconiser en toutes circonstances à l'exclusion de toute autre méthode, il y aurait là une exagération regrettable. Si parfois elle est, dans des cas bien déterminés, capable à elle seule de permettre d'obtenir le résultat cherché, il faut reconnaître qu'en certaines circonstances (tumeur incomplètement accessible par sa situation ou sa profondeur) elle trouve dans les autres méthodes, curettage, raclage, et en particulier dans la chirurgie, des auxiliaires précieux.

Les deux méthodes, judicieusement combinées, peuvent, en certains cas, donner la réussite là où l'une ou l'autre seule eût complètement échoué.

Je ne parle que pour mémoire de la méthode qui consiste à appliquer la radiothérapie à doses fractionnées et quotidiennes; c'est une méthode irrationnelle au premier chef, elle ne permet point au malade de bénéficier de tous les avantages de la radiothérapie sans le mettre à l'abri de ses inconvénients; elle me paraît, tout au contraire, susceptible de déterminer des accidents.

Comme toutes les autres méthodes, la radiothérapie est susceptible d'échouer, même dans les cas les plus favorables en apparence, mais rien ne prouve qu'une autre méthode eût réussi là où elle a échoué, et s'il est permis de déplorer cet échec, il serait injuste de l'accuser, comme on l'a fait, de provoquer l'infection ganglionnaire et la généralisation d'une néoplasie primitivement limitée. Il n'est, du reste, pas possible de fournir une preuve sérieuse et valable.

Tout ce qu'on peut dire, c'est que la radiothérapie a été impuissante à empêcher cette infection profonde ou cette généralisation, mais elle ne les a pas provoquées.

La clinique est là, en effet, pour nous apprendre qu'un épithéliome cutané, resté stationnaire et bénin pendant de longues années, peut, à un moment donné, et sans cause appréciable, affecter une marche rapide et une allure des plus malignes. Ce changement dans son évolution se produit sous l'influence de causes indéterminées, il est dû bien plus à des circonstances fortuites, dont on ne peut soupçonner la nature, qu'à la variété histologique de la tumeur. Ce changement d'évolution, impossible à prévoir mais toujours à craindre, peut se produire après une application radiothérapique tout comme après l'emploi d'un procédé thérapeutique quelconque, ou en l'absence de toute intervention.

Quoi qu'il en soit, la radiothérapie dans les épithéliomes superficiels, et complètement accessibles, constitue, à mon avis, la méthode de choix.

C'est une méthode douce, indolore, susceptible même de calmer les douleurs. Au point de vue conservateur des mouvements (épithélioma des paupières) il n'y a aucune comparaison à établir entre la radiothérapie et les autres méthodes, et, au point de vue purement esthétique, elle donne des résultats bien supérieurs à tous les autres procédés, y compris les autoplasties les mieux réussies.

Si les lésions sont trop profondes ou incomplètement accessibles, on fera précéder la radiothérapie d'un raclage, d'un curettage, ou même d'une ablation.

S'il y a une récurrence post-radiothérapique, et rien ne prouve qu'il y en ait plus après la radiothérapie qu'après tout autre procédé, on fera en temps utile de nouvelles applications; mais il serait inadmissible, en bonne et saine logique, de rejeter une méthode thérapeutique dont les résultats sont aujourd'hui confirmés par le temps, sous prétexte que cette méthode peut échouer quelquefois.

A propos des indications de la radiothérapie dans le traitement de l'épithélioma cutané.

Par M. J. BELOT.

Pour fixer les indications et les contre-indications de la radiothérapie, il est de toute nécessité non seulement d'écarter de la question les sarcomes cutanés, mais d'établir une distinction entre les épithéliomes de la peau; on constate en effet que tous ne se comportent pas de la même façon, sans qu'il soit toujours possible, à l'heure actuelle, de préciser la cause des quelques succès attribués à la méthode.

Il est très vraisemblable que la forme histologique doit être prise en considération; les recherches de M. Darier ont montré que les épithéliomas spino-cellulaires étaient moins favorablement influencés que ceux appartenant au type baso-cellulaire; mais a-t-on le

droit de proscrire toujours la nouvelle méthode dans le cas d'épithéliomes spino-cellulaires ? je ne le crois pas.

Il existe, en effet, des néoplasmes appartenant à ce type qui ont été guéris par la radiothérapie. Du reste, le diagnostic histologique n'est pas toujours possible : il ne me semble donc pas qu'il faille, pour le moment du moins, baser sur lui seul les indications ou les contre-indications.

J'attribue une plus grande valeur au type clinique, à l'évolution, et surtout à l'*extension en profondeur*.

Il serait trop long de passer en revue tous les cas, je ne m'arrêterai que sur quelques points qui me paraissent importants.

Si l'on en croit Holzkmeeht (de Vienne), dont l'opinion fait autorité, tous les épithéliomes limités à la peau guériraient toujours par la radiothérapie : j'avoue pour ma part que j'ai toujours vu guérir tous ceux que j'ai traités, à condition qu'ils évoluent lentement.

Que le néoplasme se manifeste par une ulcération avec bords plus ou moins durs et saillants ou par une tumeur reconverte ou non de tégument, on peut en obtenir ordinairement la régression et la cicatrisation par un traitement bien conduit. Il va sans dire que dans quelques cas d'épithéliomes végétants, il y a tout intérêt à aplanir les surfaces, à préparer le terrain par un raclage : on arrive ainsi plus rapidement à un résultat excellent.

Si la lésion a dépassé les limites du derme, la méthode compte un certain nombre d'insuccès : le résultat dépend de l'étendue et de la profondeur de la lésion et surtout de la plus ou moins grande rapidité avec laquelle elle évolue ; des mêmes facteurs doit dépendre aussi le procédé thérapeutique.

Je crois que les épithéliomes à évolution très rapide (heureusement rares) doivent être d'abord traités chirurgicalement, si l'intervention est possible : elle sera immédiatement suivie d'irradiations de Röntgen. Dans ces cas, en effet, la radiothérapie n'est pas, comme on l'a prétendu, une méthode dangereuse, elle est simplement impuissante et de ce fait peut faire perdre au malade les bénéfices d'une ablation précoce.

Quant aux cas inopérables, personne ne peut nier l'heureuse influence qu'exercent sur eux les rayons X tant au point de vue de l'état local que de l'état général. Il va sans dire qu'ils ne peuvent restituer les plans osseux ou les organes qui ont disparu, mais nombreux sont les cas où ils ont provoqué de telles modifications que la mise en place d'un appareil prothétique est devenue possible. Si l'on ne peut parler de guérison, il s'agit là d'une amélioration que ne peut donner aucune autre méthode.

Il existe quelques cas d'épithéliomes mélaniques traités avec succès par la nouvelle méthode, mais la rapidité habituelle d'évolu-

tion de ce type morbide nécessite souvent l'intervention chirurgicale.

Les épithéliomes des muqueuses et particulièrement ceux de la lèvre inférieure peuvent parfois guérir par la radiothérapie. Il en existe des exemples indiscutables, mais nombreux sont les cas contre lesquels la méthode est impuissante, et j'en ai pour ma part vu un certain nombre.

Je crois donc que, pour le moment, il faut prendre l'avis du chirurgien et faire suivre l'intervention, si elle est décidée, d'applications radiothérapiques; j'en dirai autant du cancer de la langue.

On a accusé les rayons X d'aggraver les néoplasmes cutanés qui étaient soumis à leur influence. A mon avis, il faut distinguer et, au lieu de s'en prendre aux radiations elles-mêmes, il serait plus sage de chercher dans une technique défectueuse la cause de la plupart des insuccès et des accidents.

Je reconnais que certaines lésions ne sont pas modifiées, que leur évolution n'est pas arrêtée, mais je crois que, le plus souvent, les aggravations sont dues à une application intempestive ou à une infection surajoutée.

Chaque fois que l'on doit traiter un épithélioma, *il faut examiner soigneusement son malade*, rechercher avec soin s'il existe ou non des métastases, et surtout établir le pronostic en supposant que la radiothérapie n'aurait aucune action. Je suis convaincu que cette pratique empêcherait bien des surprises.

Des observateurs sérieux ont constaté l'apparition de ganglions volumineux ou l'augmentation de ceux qui existaient, à la suite de quelques irradiations modérées, pratiquées sur des épithéliomas ulcérés. Pour mon compte, j'ai vu pareil fait se produire une fois: il s'agissait d'un volumineux épithélioma inopérable de la lèvre inférieure que je traitais par la méthode préconisée par Perthes.

Un ganglion sous-maxillaire, qui existait au début du traitement, devint douloureux et rapidement doubla de volume: cette augmentation était-elle due au traitement ou à une infection surajoutée? Je ne puis me prononcer.

A côté de ce fait, je puis en citer plusieurs dans lesquels des ganglions accompagnant un volumineux épithélioma, diminuèrent, puis disparurent sous l'influence des irradiations. Cela m'amène à dire qu'il faut toujours commencer par agir sur les ganglions atteints; on doit aussi irradier ceux que l'on a des raisons de croire envahis, alors même qu'ils paraissent indemnes.

Il est certain cependant que quelques épithéliomas cutanés ulcérés ont été aggravés par un traitement trop intense. Un épithéliome ulcéré à bords saillants est soumis aux irradiations; on débute par quelques doses fortes.... L'ulcère se transforme, prend un meilleur

aspect, le fond se nettoie et on espère la guérison, quand un beau jour, sans cause apparente, la plaie devient douloureuse, l'ulcération se creuse, le fond prend une teinte verdâtre, noirâtre par places. Des adénopathies peuvent même survenir.

La lésion s'est manifestement aggravée, *on a transformé en ulcère de Röntgen une ulcération épithéliomateuse*. Il n'y a plus d'épithélioma au centre de l'ulcération, on ne trouve plus de cellules morbides qu'à la périphérie, dans les bords indurés de l'ulcération. Que fait-on ? On continue le traitement, on augmente même parfois les doses et on aggrave de plus en plus le mal en cherchant à le guérir. La réparation ne peut se faire, les cellules jeunes ont été tuées, le fond naguère bourgeonnant est devenu escharotique. J'ai eu, pour ma part, un ou deux cas où ces phénomènes ont été très nets. Aussi, depuis longtemps, je prends la précaution non seulement d'assurer l'uniformité de l'irradiation sur toute la surface malade, mais dès que je vois que l'ulcération commence à se modifier, je la protège par une lame de plomb convenablement découpée; j'agis alors sur les bords qui demandent pour régresser un traitement plus intense; de temps en temps je donne une petite dose à l'ulcération, selon son état.

Je vous présente un malade qui a été traité par cette méthode et qui la justifie pleinement.

De même, il faut éviter avec le plus grand soin toute infection surajoutée : toute suppuration d'un foyer traité fait perdre momentanément une large part des bénéfices acquis.

Enfin je rejette, sinon comme dangereuse, du moins comme inutilement fastidieuse, la méthode qui consiste à faire tous les jours ou tous les deux jours une application de faible intensité et à poursuivre cette pratique jusqu'à l'apparition d'une modification locale. Admissible à la période où les mesures n'existaient pas, elle n'a plus de raison d'être actuellement.

Je crois qu'il y a tout avantage à débiter par des doses moyennes, si l'épithéliome n'est pas ulcéré (4-5 H), et par des doses un peu plus fortes (8-9 H), si la lésion se manifeste par une ulcération.

Suivant la quantité de radiations absorbée, l'évolution de la lésion, les modifications réactionnelles, les applications seront plus ou moins espacées, la quantité absorbée plus ou moins réduite.

Comme M. Leredde, je m'élève contre une formule trop simpliste et trop uniforme. Chaque malade doit être traité selon son état; il n'y a pas une méthode unique, il y a des procédés d'application variables suivant les lésions que l'on doit traiter. J'ai déjà insisté sur ce point, dans mon *Traité de radiothérapie*.

Il faut aussi tenir compte de la pénétration des radiations, car la

propagation et l'absorption en profondeur se font en fonction de la pénétration des radiations, bien entendu.

Si des doses trop faibles sont inefficaces, l'excès de dose provoque des aggravations manifestes dont la cause est souvent méconnue des radiothérapeutes.

Considérations générales sur la radiothérapie des épithéliomes cutanés.

PAR M. BÉCLÈRE.

J'approuve sans réserve tout ce que vient de dire mon excellent collaborateur, M. Belot. Permettez-moi d'y joindre quelques considérations générales.

La radiothérapie des épithéliomes cutanés n'est qu'une partie de la radiothérapie des néoplasmes qui n'est elle-même qu'un chapitre de la radiothérapie, et celle-ci à son tour est l'application pratique des connaissances, encore bien imparfaites, que nous possédons relativement à l'action des rayons de Röntgen sur les êtres vivants, plus spécialement sur l'homme.

Trois notions fondamentales sont à la base de ce qu'on peut appeler la radiobiologie; elles commandent la radiothérapie en général et la radiothérapie des épithéliomes de la peau en particulier. Ce sont les suivantes :

Tous les éléments cellulaires du corps humain, à l'état normal ou pathologique, s'ils absorbent une certaine quantité de rayons X, peuvent devenir le siège de modifications chimiques qui aboutissent à la dégénérescence, à la destruction et à la mort de la cellule irradiée.

Les divers éléments cellulaires du corps humain, à l'état normal ou pathologique, se montrent inégalement sensibles à l'action des rayons X. Pour une même quantité absorbée, les cellules d'une certaine espèce sont détruites, tandis que les cellules d'une autre espèce ne semblent éprouver aucun dommage.

Pour une même région du corps soumise au rayonnement de Röntgen, les quantités de rayons successivement absorbées par les diverses couches des tissus traversés, vont toujours en décroissant très rapidement de la superficie vers la profondeur; elles décroissent d'ailleurs d'autant plus rapidement que l'ampoule radiogène employée, moins résistante au passage du courant électrique, fournit un mélange de rayons moins pénétrant.

L'inégale sensibilité des divers éléments cellulaires est, à l'état normal, très manifeste, puisque malgré leur siège profond, les cellules épithéliales des conduits séminifères, les lymphocytes de la rate et des ganglions lymphatiques sont détruits par des doses très

inférieures à celle que reçoit, sans aucun signe d'irritation, la superficie du revêtement cutané.

A l'état pathologique, les cellules qui composent les néoplasmes, malgré leur tendance anormale à la multiplication, à l'invasion des vaisseaux lymphatiques ou sanguins et à la greffe dans les ganglions ou les viscères, n'en sont pas moins, d'une manière générale, beaucoup plus fragiles, vis-à-vis des rayons X, que les cellules saines avoisinantes. Sans connaître encore les raisons de cette fragilité spéciale, nous savons qu'elle existe; sans elle il n'y aurait pas de radiothérapie des néoplasmes.

Il existe d'ailleurs entre les éléments des divers néoplasmes, suivant leur origine, leur forme, leur âge, la rapidité plus ou moins grande de leur multiplication et, sans doute, d'autres conditions encore tout à fait inconnues, de très grandes différences de sensibilité vis-à-vis des rayons X. Certains sont détruits par des doses très faibles, tandis que d'autres sont à peine modifiés par des doses très fortes. Des néoplasmes de même formule histologique peuvent présenter ces différences : certains sarcomes sont remarquables par leur extrême fragilité à l'action des rayons X ; rien cependant ne les distingue histologiquement, aujourd'hui du moins, d'autres sarcomes beaucoup plus résistants à cette action.

Comme le bistouri du chirurgien, comme les caustiques thermiques ou chimiques, les rayons X sont, à l'égard des néoplasmes, un agent de destruction, mais un agent de destruction pour ainsi dire idéal, parce que son action est élective, parce qu'au milieu du tissu envahi par un néoplasme, il frappe les cellules malades en respectant les cellules saines, parce que, dans certaines conditions, il détruit les cellules malades à travers le tégument sain et sans porter atteinte à son intégrité.

La loi physique du décroissement très rapide, de la superficie vers la profondeur, des quantités de rayons absorbées, n'en est pas moins comme le mur d'airain sur lequel viennent s'arrêter et se briser les efforts de la radiothérapie.

A une certaine profondeur au-dessous du revêtement cutané, tous les éléments néoplasiques cessent d'être accessibles à la radiothérapie parce qu'on ne peut leur faire absorber la dose curative sans donner aux éléments sains qui les recouvrent une dose destructive et que jamais les rayons X ne doivent provoquer, à la manière des caustiques, la destruction en masse des tissus. Cette profondeur ne peut d'ailleurs être exactement déterminée ; elle varie, pour chaque néoplasme, avec son degré particulier de sensibilité à l'action des rayons X. Tel nodule épithéliomateux, peu sensible, est déjà hors de l'atteinte efficace de la radiothérapie, s'il est seulement au-dessous de la peau, tandis que tel volumineux sarcome, très sensible, est

encore accessible à cette médication dans la profondeur du médiastin. Les limites de l'action efficace varient aussi avec la technique en usage; elles s'étendent d'autant plus loin dans la profondeur que les rayons employés sont d'une qualité plus pénétrante.

On comprend ainsi que dans un néoplasme de quelque épaisseur, les éléments cellulaires superficiels peuvent être détruits par un rayonnement qui n'altère pas ou qui altère peu les éléments profonds. De faibles altérations, longtemps répétées, peuvent cependant aboutir à la destruction de ces derniers, mais c'est à la condition que dans l'intervalle des séances ils n'aient pas le temps de se multiplier.

En somme, trois facteurs principaux, l'un d'ordre purement physique, les deux autres d'ordre biologique, sont à considérer dans la radiothérapie des néoplasmes : le siège des éléments néoplasiques, leur sensibilité spéciale à l'action des rayons X, la rapidité plus ou moins grande de leur multiplication.

Ces considérations générales trouvent leur application à la radiothérapie des épithéliomes cutanés.

Relativement au siège superficiel ou profond des éléments néoplasiques, on peut dire, il me semble, que tous les épithéliomes cutanés qui n'ont pas dépassé le derme sont justiciables de la radiothérapie parce que, sauf exceptions rarissimes, la radiothérapie les guérit et qu'elle les guérit définitivement, sans récurrence, si toutefois la dose totale de radiations données dépasse notablement la quantité strictement nécessaire à la guérison apparente. Il est permis, je crois, d'ajouter que pour tous les épithéliomes qui n'ont pas dépassé le derme, la radiothérapie est la méthode de choix parce qu'en raison de son action élective, elle les guérit avec une perfection esthétique que n'obtient aucune autre médication.

Limités au derme, les épithéliomes sont justiciables de la radiothérapie, quelle que soit leur formule histologique. Dans ces conditions, les épithéliomes spino-cellulaires, en général moins sensibles à l'action des rayons X que les épithéliomes baso-cellulaires, guérissent comme ces derniers, ainsi que me l'a montré une récente observation.

Dans les mêmes conditions, je ne fais pas d'exception pour les épithéliomes mélaniques ou plus généralement pour les mélanomes. J'ai eu occasion de traiter une dame chez qui un *nævus pigmentaire* congénital de la face s'était rapidement transformé en une petite tumeur analogue à un grain de raisin noir. M. Thibierge consulté, conseilla l'ablation immédiate d'une large portion de la joue. M. Brocq, d'accord avec M. Thibierge sur le diagnostic et le pronostic du mal, fut d'avis de tenter d'abord la radiothérapie et me confia la malade. Le petite tumeur régressa et disparut sous l'action des

rayons X ; la guérison se maintient parfaite depuis plus d'un an et demi. *

Ainsi dans le traitement des épithéliomes limités au derme, la radiothérapie suffit à sa tâche. Il est bon cependant, pour abréger et faciliter la cure, quand le néoplasme forme une tumeur saillante assez volumineuse, d'abriter d'abord à la curette la portion exubérante du tissu morbide. Il est aussi tout à fait indiqué, en présence d'une forme d'épithéliome connue pour sa malignité habituelle, particulièrement donc en présence d'un mélanome, de ne pas traiter seulement le néoplasme visible, mais d'irradier aussi, par précaution, la région des ganglions qui en dépendent, alors même que rien n'indique l'envahissement de ces ganglions ; il est toujours permis de craindre que des éléments néoplasiques, encore microscopiques, y soient déjà greffés.

Quand l'épithéliome n'est plus limité au derme, mais a dépassé sa face profonde, la situation change. On doit encore à la radiothérapie des succès en grand nombre, mais elle éprouve aussi des échecs indéniables, des échecs complets qui aboutissent à la mort du malade.

Il est absolument démontré cependant que, dans certaines conditions favorables, des épithéliomes sous-cutanés, en particulier des épithéliomes de la glande mammaire et des ganglions adjacents, peuvent complètement disparaître sous l'influence de la radiothérapie. Ce n'est pas donc seulement l'envahissement des tissus sous-cutanés qui, dans les cas malheureux, explique l'échec de cette médication. Il faut tenir ici le plus grand compte non seulement du facteur physique, profondeur des lésions, épaisseur du tissu morbide, mais aussi des deux facteurs biologiques, sensibilité spéciale à l'action des rayons X et rapidité de multiplication des éléments néoplasiques.

A ce point de vue, les épithéliomes spino-cellulaires, comme l'a parfaitement montré M. Darier, s'offrent au traitement, quand ils ont franchi le derme, dans les conditions les plus défavorables. Rien ne le démontre mieux que l'observation à laquelle je faisais tout à l'heure allusion, celle d'un jeune homme congénitalement atteint de xeroderma pigmentosum et dont la face portait au moins une trentaine de petites tumeurs épithéliomateuses que l'examen histologique montra appartenir au type spino-cellulaire. Toutes celles de ces tumeurs qui étaient limitées au derme guérissent parfaitement sous l'influence de la radiothérapie. La plus volumineuse, située au-dessous de l'œil droit, avait envahi les tissus sous-cutanés et se propageait au maxillaire inférieur ; je reconnus vite que la radiothérapie n'arrêtait pas son développement, et demandai conseil à mon collègue de Saint-Antoine, M. Lejars. Une intervention radicale eût

nécessité l'ablation complète du maxillaire supérieur ; il préféra se borner à une opération volontairement incomplète, et enleva ce qu'il pouvait enlever de tissu morbide, sans toucher au squelette de la face. Les irradiations furent aussitôt reprises avec intensité sur la large surface cruentée du champ opératoire, mais ce fut en vain et le malade succomba aux progrès en profondeur du seul de ses nombreux néoplasmes qui avait échappé à l'action de la radiothérapie. Nous n'en sommes pas moins en droit d'affirmer, je crois, que, traité plus tôt, avant l'envahissement du tissu cellulaire sous-cutané, il aurait, comme les autres, parfaitement et complètement guéri.

L'enseignement qui ressort de cette observation c'est que dans les épithéliomes qui ont dépassé le derme, si l'épaisseur du tissu morbide n'est pas négligeable, surtout si le néoplasme évolue rapidement et tend à devenir plongeant, comme c'est le cas habituel pour les épithéliomes du type spino-cellulaire, la radiothérapie ne suffit pas à la tâche. Il faut immédiatement faire appel au chirurgien, lui demander une intervention très large et, aussitôt après cette intervention, tenter de compléter son œuvre par des irradiations intensives. Trop souvent le succès par malheur, dans ces conditions, demeure au-dessus des ressources combinées de l'intervention chirurgicale et de la radiothérapie.

C'est assez dire l'importance du diagnostic et du traitement précoce des épithéliomes de la peau.

Dans le cas où le derme est détruit et où les tissus sous-cutanés sont envahis, la marche n'est pas toujours aussi rapide ni le pronostic aussi défavorable. Nombreux sont les épithéliomes, du type appelé *ulcus rodens* surtout par les médecins anglais et américains, dont l'évolution est plus lente et où le processus de régression et de destruction des tissus sains l'emporte sur le processus de multiplication des éléments néoplasiques. Ils appartiennent le plus souvent au type baso-cellulaire et se manifestent par une ulcération d'abord petite qui grandit peu à peu, s'étend lentement mais progressivement en surface et en profondeur et aboutit, après des mois ou des années, à d'horribles mutilations. Ces larges ulcères épithéliomateux ne sont guère justiciables de l'intervention du chirurgien et se trouvent au contraire fort bien de la radiothérapie. Les rayons X détruisent le tissu morbide, arrêtent ainsi les progrès de l'ulcération et souvent en provoquent la complète cicatrisation. Le résultat thérapeutique n'est cependant pas toujours aussi parfait. Quand une large surface osseuse est dénudée, comme on le voit assez souvent au crâne, ou quand, aux membres, l'aponévrose d'enveloppe est, dans une vaste étendue, dépouillée des parties molles qui la recouvraient, la réparation est presque impossible, au moins sans l'aide des diverses greffes employées en chirurgie, et souvent la radiothérapie doit se

borner à tenir le mal en échec, ce qui n'est d'ailleurs pas un bienfait négligeable.

Les larges ulcérations épithéliomateuses dont je viens de parler prennent en général assez rapidement, sous l'influence de la radiothérapie, l'aspect d'une plaie de bonne nature. Cependant au cours du traitement cet aspect favorable peut, comme on l'a dit, de nouveau changer et redevenir mauvais.

Les causes auxquelles on peut attribuer un tel changement sont de natures très diverses ; tantôt il s'agit d'une infection secondaire, due par exemple au microbe du pus bleu, comme j'ai eu plusieurs fois l'occasion de l'observer à l'hôpital Saint-Antoine ; il suffit alors de pansements convenables pour que tout rentre dans l'ordre et que l'ulcération épithéliomateuse reprenne sa marche vers la guérison, un moment interrompue. En ce cas l'agent infectieux se révèle manifestement par la teinte anormale des pièces de pansement, mais il est d'autres infections moins évidentes qui peuvent, comme celles du bacille pyocyanique, mettre obstacle à l'action de la radiothérapie : c'est dire que des pansements aussi rigoureusement aseptiques que possible constituent l'adjuvant nécessaire de l'emploi des rayons X. Une cause toute différente et plus nuisible encore consiste dans un excès de dose et particulièrement dans cette forme insidieuse et trop souvent méconnue de l'excès de dose sur laquelle a insisté avec tant de raison M. Belot. Les séances d'irradiations se suivent à intervalles réglés, la dose donnée à chaque séance est exactement mesurée, toujours égale à elle-même. Elle ne semble pas trop forte et les intervalles entre les séances ne sont pas trop courts, puisqu'à la périphérie de l'ulcération la peau saine ne présente aucun signe de radiodermite, et il paraît nécessaire de poursuivre le traitement dans les mêmes conditions tant que le bourrelet saillant de tissu épithéliomateux qui encercle l'ulcération n'a pas disparu. Cependant au centre de cette ulcération où le tissu morbide forme une couche plus mince et où la quantité de rayons absorbés est plus forte en raison de la proximité plus grande de l'ampoule et de l'incidence moins oblique des rayons, les éléments néoplasiques sont détruits beaucoup plus vite qu'à la périphérie ; à ce moment, si on poursuit le traitement, non seulement on met obstacle à la réparation puisque les éléments sains de nouvelle formation sont détruits à leur tour par les rayons X, mais on transforme l'ulcération épithéliomateuse primitive en une véritable ulcération de Röntgen. Dans un cas de ce genre que j'avais dernièrement l'occasion de voir avec M. Darier, l'examen histologique ne révélait plus à notre collègue que deux ou trois petits îlots néoplasiques à la périphérie d'une ulcération du plus mauvais aspect. Comme précepte pratique, il importe donc, à un moment donné, de protéger le centre de l'ulcéra-

tion à l'aide d'une plaque de plomb, tandis que l'on continue à irradier la périphérie et de distinguer au besoin, par des biopsies, les régions encore malades de celles où tout le tissu morbide est détruit.

S'il est vrai que certaines affections épithéliomateuses, d'abord améliorées par la radiothérapie, ont été ensuite aggravées par elle, c'est uniquement par excès de dose, mais c'est le médecin et non la médication qu'il faut ici incriminer.

Des accidents fébriles passagers sont parfois observés au cours du traitement des néoplasmes par les rayons X; ils sont d'ailleurs exceptionnels dans le traitement des épithéliomas cutanés; ces accidents ont été regardés à tort comme l'indice d'une généralisation provoquée par la radiothérapie. Plusieurs observations de volumineux sarcomes traités par la radiothérapie font mention de ces accidents, toujours suivis d'une notable diminution de la tumeur irradiée, et n'aboutissent pas moins à une guérison complète; il paraît donc démontré qu'il s'agit là de phénomènes passagers d'intoxication, dus au séjour dans le sang, avant leur élimination par l'urine, des produits de désintégration provenant de la mort des éléments néoplasiques.

Enfin l'accusation portée contre la radiothérapie, d'être la cause provocatrice de la généralisation des néoplasmes, quand elle se manifeste au cours du traitement, attend encore, je crois, sa démonstration.

Quand on a soin, avant de commencer le traitement d'un malade atteint d'épithéliome, de l'examiner de la tête aux pieds, en notant la marche suivie jusqu'à ce jour par la maladie, d'explorer attentivement la région des ganglions qui dépendent de la lésion, par exemple, dans un cas de cancer de la région mammaire, de chercher dans le creux sus-claviculaire les moindres nodosités, d'explorer attentivement le thorax et de demander au fonctionnement respiratoire, à la percussion des régions sternale et interscapulaire, enfin et surtout à l'examen radioscopique du médiastin, des renseignements sur l'état des ganglions intrathoraciques, alors on peut presque toujours porter un pronostic en connaissance de cause, fixer une limite aux espérances permises et trop souvent prévoir l'apparition d'une généralisation inévitable et déjà réalisée.

Quand cette généralisation prévue se manifeste, il n'est pas possible d'en rendre responsable la radiothérapie.

En me conformant à ces règles je n'ai, pour ma part, jamais observé aucun fait qui me permette de croire que les rayons X convenablement dosés et correctement appliqués soient capables d'accélérer la marche du cancer et d'aider à sa généralisation. Jamais non plus je n'ai rencontré, en France ou à l'étranger dans les divers Congrès de radiologie, un médecin ayant quelque expérience de la radiothérapie sans l'interroger anxieusement à ce sujet, et jamais jusqu'à pré-

sent aucune preuve véritable ne m'a été fournie à l'appui de l'accusation portée contre la nouvelle médication.

Je n'hésite donc pas à penser, tout au moins jusqu'à preuve du contraire, que si l'excès de dose est capable certainement d'aggraver le cancer, la radiothérapie bien dosée n'est jamais nuisible.

A propos des généralisations provoquées par la radiothérapie.

Par M. OUDIN.

Je suis loin d'être le seul à avoir publié des observations d'accidents graves après des séances de radiothérapie sur des tumeurs cancéreuses volumineuses. Je crois que, au contraire, M. Bécclère est un des rares radiothérapeutes qui n'en aient pas observé. Mes observations, dit-il, sont insuffisamment explicites pour qu'il puisse se faire une opinion. Je crois avoir examiné mes malades avec le plus grand soin avant de les traiter. Si je me suis trompé, c'est en bonne compagnie, puisque l'une de mes malades a été suivie par Dr Brouardel, l'autre par le Dr Pochon. Un troisième était un médecin fort intelligent et qui surveillait avec un soin qu'on peut supposer, l'apparition d'accidents viscéraux. Il était impossible chez ces malades de dépister la moindre trace de généralisation, leur état général était aussi bon que possible et, de suite après la radiothérapie, il est devenu mauvais, des tumeurs abdominales ont apparu et évolué avec une rapidité extrême, la fièvre s'est allumée, et des malades que j'espérais guérir en raison de leur excellent état général sont morts cachectiques en quelques semaines. Cette élévation de température, Bécclère l'attribue à la résorption de toxines; je lui ferai observer que M. Pautrier a dernièrement constaté dans les produits de désagrégation de masses cancéreuses après radiothérapie, au milieu de cellules épithéliales nécrosées, des cellules paraissant encore saines avec un noyau très net.

Tout à l'heure M. Bécclère signalait en passant l'action pour ainsi dire élective qu'ont les rayons X pour les cellules jeunes, détruisant les malformations épithéliales et respectant les tissus sains du voisinage. On constate la même sorte d'affinité pour les tissus pathologiques quand on traite les petits épithéliomas cutanés par l'étincelle de haute fréquence.

Les résultats qu'on obtient avec ce traitement sont tout aussi brillants que ceux que donne la radiothérapie; et il est d'une application beaucoup plus simple pour les épithéliomas des paupières ou de l'aile du nez. En criblant la tumeur de petites étincelles de résonance pendant quelques secondes, on la voit pâlir, puis prendre une coloration jaunâtre, brune le lendemain de l'opération. L'es-

chare tombe 10 à 15 jours plus tard, et l'ulcération sous-jacente est couverte au bout de quelques jours d'une cicatrice parfaite, souple, lisse, très comparable comme apparence à celle qui suit la radiothérapie. Dans un travail que je publiais dernièrement (1), sur la technique de ce procédé, je terminais en disant: « Je n'ai pas eu l'occasion de traiter par cette méthode des épithéliomas de la langue ou des muqueuses, ni non plus des épithéliomas lobulés contre lesquels M. Darier considère la radiothérapie comme impuissante. Il est cependant probable que l'étincelle de résonance donnera dans ces cas aussi les mêmes brillants résultats, à condition que la lésion ne soit pas trop étendue et qu'il n'y ait pas d'engorgement ganglionnaire ».

M. BÉCLÈRE. — On peut observer certains phénomènes généraux qui sont réellement dus à l'action des rayons X: voici dans quelles circonstances:

Quand on traite de grosses tumeurs sous-cutanées non ulcérées, et par conséquent à l'abri des infections secondaires, il se produit parfois des poussées fébriles d'une certaine intensité: ce fait est fréquent, surtout chez les malades atteints de lymphadénie ou de grosses tumeurs sarcomateuses; mais ces accès fébriles coïncident habituellement avec une diminution très notable du volume de la tumeur, et ils s'observent chez des malades qui guérissent; ce ne sont donc nullement des phénomènes de généralisation. Ils sont dus sans doute à une intoxication passagère provoquée par la destruction rapide du tissu néoplasique, et au passage dans le sang, avant leur élimination par l'urine, des produits de désintégration qui en sont la conséquence.

Conditions qui influent sur l'efficacité de la radiothérapie dans les cancers de la peau.

Par M. J. DARIER.

Il y a deux conditions principales qui influent sur l'efficacité de la radiothérapie dans les cancers de la peau.

La première est relative à la *nature des cellules du néoplasme*. J'ai insisté à diverses reprises sur la différence considérable de sensibilité aux rayons X que présentent les épithéliomes spino-cellulaires et les épithéliomes baso-cellulaires, ces derniers seuls paraissant justiciables de ce mode de traitement. Je conclusais à la nécessité d'un diagnostic précis, au besoin par la biopsie.

J'ai observé récemment des cas d'épithéliomes spino-cellulaires (cancroïdes de la lèvre ou du gland) qui ont guéri, eux aussi, parla radiothérapie. Mais ces cas sont très peu nombreux et les tumeurs étaient de très minime dimension. Si la différence de sensibilité n'est donc pas absolue, elle reste néanmoins considérable et doit entrer en considération.

(1) Bull. Soc. franç. d'électrothérapie et de radiologie, nov. 1905.

La seconde condition porte sur *l'épaisseur des tissus néoplasiques* à détruire. On m'a présenté plusieurs épithéliomes baso-cellulaires épais de plus de 2 ou 3 centimètres, qui, traités par les rayons, prenaient une marche de plus en plus térébrante. On s'explique le fait si l'on examine histologiquement ces tumeurs volumineuses après radiothérapie : au-dessous de la couche néoplasique à cellules désintégrées par les rayons, couche qui n'a pas plus de 1 1/2 à 2 centimètres d'épaisseur au maximum, j'ai vu l'épithéliome en pleine vitalité et je crois probable que l'irritation contribue à exciter son bourgeonnement.

En conséquence, j'ai l'habitude et je conseille, lorsqu'un épithéliome est volumineux, de commencer par en abraser la majeure partie, à la curette ou autrement, avant de recourir à la radiothérapie, qui dès lors pourra devenir efficace.

Note sur l'histologie des tissus néoplasiques traités par les rayons X.

Par M. L.-M. PAUTRIER.

Je désirerais présenter quelques réflexions ayant trait au côté histologique de cette discussion.

A l'appui de ce que vient de dire M. Darier, touchant l'action négative de la radiothérapie sur les tumeurs profondes, je puis apporter un certain nombre de faits. J'ai eu l'occasion d'examiner, à plusieurs reprises, et de présenter à la Société d'Anatomie, des coupes provenant de cancers du sein traités par la radiothérapie et enlevés chirurgicalement, après échec des rayons X. Dans un de ces cas, en particulier, il s'agissait d'une malade présentant une tumeur du sein droit, avec ulcération et suintement sanguinolent. On sentait sous l'ulcération une tumeur, du volume d'une orange, très dure, bosselée. Sous l'influence d'un traitement radiothérapique prolongé (60 H environ, en 4 mois), la plaie se cicatrisa complètement et la tumeur diminua de volume. Mais il persista une masse, du volume d'un œuf de pigeon, qui ne subit plus aucun changement. Cette masse fut enlevée chirurgicalement, et nous prélevâmes pour l'examen histologique, un fragment situé vers la partie profonde du noyau cancéreux, distante des téguments de 7 centimètres environ. Or, les coupes montrèrent au microscope un carcinome caractéristique, nullement altéré, avec des cellules ne présentant nulle trace de dégénérescence, un tissu épithéliomateux parfaitement vivant. Cette intégrité cellulaire, cette absence d'altérations dues à la radiothérapie, expliquait parfaitement l'insuccès des rayons X.

Un autre point mérite de retenir l'attention : je veux parler des lésions histologiques que l'on observe au niveau des épithéliomas

traités par la radiothérapie. Si l'on fait une biopsie sur une de ces tumeurs, ayant absorbé une dose suffisante de rayons X, au bout de quelques jours, on constate que les grandes travées épithéliales sont en voie de disparition. Elles présentent un aspect trouble et diffus; elles se colorent mal; les limites cellulaires ne sont presque plus visibles; le protoplasma forme des masses granuleuses et opaques; les noyaux ne sont presque plus apparents; ceux qu'on trouve ont l'aspect de petites masses sombres, homogènes. On trouve par places le squelette, en quelque sorte, des globes cornés, s'il s'agit d'épithélioma lobulé corné. La masse cornée centrale est encore un peu apparente, ainsi que les cellules en oignons qui l'entourent; mais, au delà, on ne trouve plus trace de cellules épithéliales que sous forme d'amas protoplasmiques nécrosés, de débris de noyaux. On retrouve ces amas de protoplasma nécrosé et ces débris de noyaux sur presque tout l'ensemble des coupes, remplissant les interstices des fibrilles du tissu conjonctif; on y retrouve également un grand nombre de globules blancs, presque uniquement des polynucléaires. En résumé, le mode d'action de la radiothérapie paraît être le suivant: il se produit d'abord, au niveau des cellules épithéliales, de la tuméfaction trouble suivie, plus ou moins rapidement, d'une fragmentation de la chromatine du noyau et d'une nécrose du protoplasma. Puis la couche basale se rompt; les bourgeons épithéliaux se fragmentent alors, se dissocient, s'émiettent, essaient leurs cellules. La destruction de celles-ci s'achève ensuite par l'intermédiaire des polynucléaires, qui vont faire disparaître leurs débris.

Mais, dans certains cas, au moment où les bourgeons épithéliomateux s'émiettent et mettent leurs cellules en liberté, celles-ci ne sont pas encore toutes nécrosées et détruites. Dans un cas rapporté par M. Leredde, et que j'ai pu étudier histologiquement, où il s'agissait d'un épithélioma lobulé corné de la joue, formant une tumeur fongueuse, végétante, molle, de la grosseur d'une mandarine, et qui disparut comme par enchantement en deux mois, par la radiothérapie, la disparition de la tumeur fut suivie très rapidement d'une infiltration en masse de tout le plancher de la bouche et des ganglions cervicaux.

Or, l'examen histologique, pratiqué après les premières séances, m'avait montré, au milieu de lésions semblables à celles décrites plus haut, la présence de cellules épithéliomateuses parfaitement saines, bien colorées, avec un protoplasma et un noyau parfaitement normaux, disséminées dans le réticulum formé de tissu conjonctif et de fibrine, emprisonnant dans ses mailles des cellules épithéliales altérées, troubles, dégénérées, des masses de protoplasma nécrosé, des débris de chromatine, des globules blancs.

En résumé, dans certaines formes d'épithélioma, lorsqu'il s'agit

de tumeurs molles, volumineuses, en voie d'accroissement, il peut arriver que, lors de l'émiettement des bourgeons épithéliomateux qui se produit sous l'influence de la radiothérapie, un certain nombre de cellules épithéliomateuses encore vivantes, non nécrosées, soient mises en liberté. Il est hors de doute que ces cellules peuvent représenter un élément de contagion cancéreuse possible, si, une fois mises en liberté, elles arrivent à un ganglion, avant d'avoir été détruites par les leucocytes. Dans le cas auquel je fais allusion, l'infection si rapide du plancher de la bouche et des ganglions cervicaux, leur était, à mon avis, imputable.

Ces considérations histologiques doivent amener à une conclusion pratique : celle d'enlever chirurgicalement, soit au bistouri ou à la curette, un épithélioma trop volumineux, avant de faire la radiothérapie.

Cette masse peut évidemment fondre sous l'influence seule des rayons X. Les produits de cette fonte s'évacuent en très grande partie à l'extérieur sous forme de suintement, de lambeaux mortifiés. Mais une partie est certainement drainée par la circulation lymphatique profonde. Je crois qu'il y a donc tout intérêt à réduire cette absorption et à enlever mécaniquement tout ce qui peut être enlevé. En agissant ainsi, non seulement on raccourcit la durée du traitement, mais encore je crois qu'on peut se mettre plus sûrement à l'abri d'une possibilité de récurrence.

Statistique radiothérapique.

Par MM. BALZER et FLEIG.

Nous nous bornerons à apporter dans cette séance, comme modeste contribution, notre statistique depuis le mois de novembre 1905 :

Épithéliomas. — 7 cas traités; 4 améliorations; 3 guérisons complètes.

Eczémas. — 11 cas traités; 9 guérisons.

Lupus. — 2 guérisons; 3 succès.

Sarcome. — Récurrence dans la cicatrice d'un cas de sarcome opéré par M. Nélaton. 7 irradiations; 29 H environ; rayons n° 6. Guérison.

Sycosis. — 4 cas traités et améliorés.

Acne chéloïdienne. — 1 cas; guérison avec 7 irradiations; 36 H environ; rayons 6-7.

Lèpre. — 1 cas encore en traitement. Diminution notable des tubercules.

Lichen simplex. — 1 cas; guérison; 3 irradiations avec 17 H environ; rayons n° 6.

Hypertrophie de la prostate. — 1 cas; grande amélioration dans le nombre des mictions qui sont devenues moins fréquentes, surtout la nuit; diminution du volume de la glande. Le malade est encore en traitement.

Le Secrétaire,

P. DÉHU.

SÉANCE DU 5 AVRIL 1906.

PRÉSIDENTE DE M. ALFRED FOURNIER.

SOMMAIRE. — Ouvrages offerts à la Société. — Sur un cas d'alopecie lépreuse, par MM. HALLOPEAU et GRANCHAMP. — Sur un nouveau cas de lichen de Wilson pemphigoiide, par MM. HALLOPEAU et WEILL. — Ulcus rodens chez une fillette de 3 ans, par M. CH. AUDRY. — Suite et fin d'une observation d'érythrodermie pustuleuse prémycosique terminée par la mort avant l'apparition des tumeurs, par MM. AUDRY et COMBÉLÉRAU. — Sur l'apparition d'exanthèmes identiques après l'ingestion d'antipyrine, d'aspirine et de pyramidon, par M. HALLOPEAU. — Action locale du traitement mercuriel sur les syphilides du visage, par MM. HALLOPEAU et GRANCHAMP. — Sur le foyer lépreux des environs de Guingamp, par MM. HALLOPEAU et ROY. (Discussion: M. JEANSELME.) — Sur deux cas de lèpre bretonne, par M. E. JEANSELME. — Kératodermie palmaire et plantaire familiale, par MM. BALZER et DESHAYES. — Trichophytie cutanée chez un toucheur de bœufs, par MM. BALZER et DESHAYES. — Épididymite blennorrhagique double avec suppuration, par MM. BALZER, FLEIG et TANSARD. (Discussion: MM. GRIFFON, DANLOS.) — Syndrome rappelant le xeroderma pigmentosum au cours d'un épithélioma gastrique, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT. — Sarcome globo-cellulaire multiple hypodermique (type Perrin) chez un enfant de 6 mois, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT. — Lèpre mixte (2^e mémoire). Étude des ulcérations des lépreux, par MM. DE BEURMANN, ROUBINOVITCH et GOUGEROT. — Autopsie de lèpre mixte (3^e mémoire). Lésions viscérales: foie, rate et testicules lépreux. La sclérose lépreuse, par MM. DE BEURMANN, ROUBINOVITCH et GOUGEROT. — Herpès circiné trichophytique chez un enfant de 15 jours, par MM. DANLOS et DEHÉRAU.

Ouvrages offerts à la Société.

FRANÇOIS-DAINVILLE. — *Les troubles de la nutrition et de l'élimination dans les dermatoses diathésiques.* Paris, 1906.

A. LONGIN. — *Les hybrides de syphilis et de lupus.* Paris 1905.

DE BEURMANN, ROUBINOVITCH et GOUGEROT. — *Les troubles mentaux dans la lèpre.* Extr. Bull. médic. 1906.

Sur un cas d'alopecie lépreuse.

Par MM. HALLOPEAU et GRANCHAMP.

En règle générale, le cuir chevelu reste indemne chez les malades atteints de la lèpre; c'est même le plus souvent un des traits les plus caractéristiques de leur physionomie que la coïncidence d'une abondante chevelure avec une déglabration complète de tout le

visage, y compris les sourcils. Aussi avons-nous constaté avec surprise, chez le malade que nous avons l'honneur de vous présenter, l'existence d'une alopecie qui paraît bien se développer sous l'influence de cette maladie.

Le malade a contracté la lèpre en Espagne. Il est atteint d'une forme mixte; des tubérosités occupent le visage et les membres; les yeux sont profondément altérés, les sourcils sont tombés, les extrémités sont anesthésiées.

Le malade rapporte qu'il y a quatre jours, en une nuit, ses cheveux sont tombés brusquement sur les parties latérales de la tête. *Du côté droit*, on y remarque, sur une étendue de 8 centimètres de longueur sur 6 centimètres de largeur, une partie presque complètement dénudée. Elle est située à la partie antéro-latérale du crâne. Les cheveux sont tombés en partie en foyers multiples, de manière à rappeler l'alopecie en clairière de la syphilis. Ces foyers n'ont aucune régularité; dans aucun d'entre eux la chute des cheveux n'est complète. Il y a plutôt dans toutes ces plaques une grande raréfaction des cheveux; cependant, vers le milieu, la dénudation est plus prononcée. Les cheveux deviennent rares sur une bande verticale à contours sinueux, qui s'étend sur 8 centimètres verticalement, sur 1 à 2 transversalement. Elle se continue en haut jusqu'au sommet du crâne, avec une plaque où les cheveux sont également très raréfiés. L'altération doit remonter à un certain temps car, à côté de cheveux de dimension normale, on en voit d'autres atrophiés. L'un d'eux est ondulé. Les cheveux atrophiés résistent à la traction. La couleur du cuir chevelu ne paraît pas altérée dans la région. Il est possible de l'y plisser, contrairement à ce qui existe dans les autres régions. Les cheveux sont également raréfiés en arrière, au-dessus de l'oreille. A la partie supérieure de la barbe, contiguë au cuir chevelu, il y a également une raréfaction des cheveux. On en voit un grand nombre de petits, les uns épais, les autres minces, quelques-uns flexueux. A ce niveau, la peau est épaissie, rouge, un peu indurée.

Sur le côté gauche du cuir chevelu, mêmes altérations, moins prononcées.

Les poils des aisselles, du pubis, de la région présternale sont intacts, ainsi que ceux des moustaches.

Nous croyons pouvoir rattacher à la lèpre cette alopecie; il ne s'agit pas, en effet, d'une pelade; les contours irréguliers des plaques, ce fait que les cheveux sont incomplètement tombés, leur aspect qui n'est nullement massué, l'absence d'apparence éburnée permettent de rejeter ce diagnostic. Il n'y a pas eu d'autre part, dans la partie atteinte, d'éruptions accidentelles; il ne s'agit pas d'un arrachement volontaire; il ne s'est pas produit, en dehors de la lèpre, de troubles de la santé générale. On constate enfin, autour des plaques, l'existence de lépromes. Il s'agit donc d'une manifestation, considérée comme rare, de la lèpre. Nous nous promettons d'en suivre l'évolution et de la faire connaître à la Société.

Mais cette rareté est-elle bien démontrée? Sur les 10 autres lépreux que nous avons dans notre service, il en est un, le nommé de H..., atteint d'une forme mixte, qui présente également un

éclaircissement très notable de la chevelure, avec aspect grêle des cheveux et facilité de plissement de la peau dans les deux régions temporales.

Nous nous promettons de poursuivre cette enquête.

Nous pouvons considérer dès à présent comme établi qu'il existe une alopecie lépreuse et que cette alopecie diffère des autres par les caractères énumérés ci-dessus.

Sur un nouveau cas de lichen de Wilson pemphigoïde.

Par MM. HALLOPEAU et WEILL.

Depuis que Kaposi a signalé l'existence de bulles dans le lichen planus, d'autres observations de cette nature ont été publiées ; le plus souvent, il s'est agi de soulèvements partiels au pourtour de papules typiques. Chez le malade qui fait l'objet de cette communication, l'éruption de lichen a été, au contraire complètement masquée pendant plusieurs mois par la dermatose pemphigoïde ; son observation peut être résumée ainsi qu'il suit :

Malade âgée de 60 ans.

Au mois de juin 1903, elle aperçoit par hasard des élevures d'un rouge sombre, polygonales, luisantes sur le ventre et sur les membres. Elles étaient très nombreuses, presque confluentes, et s'accompagnaient de démangeaisons des plus intenses qui l'empêchaient de dormir, si bien qu'elle passait ses nuits assise dans un fauteuil.

Nous portâmes le diagnostic de « lichen de Wilson ».

Cet état dura jusque dans les premiers jours de septembre ; les démangeaisons devinrent alors beaucoup moins vives, et on remarqua que les bulles apparaissaient sur le membre inférieur ; leur volume variait de celui d'un petit pois à celui d'une olive ; leur contenu louche est devenu bientôt opalescent, puis, pour certaines, franchement purulent, pour d'autres scorbutique.

Ces bulles se propagèrent rapidement sur tout le corps, devenant confluentes par endroits.

Certaines s'ouvraient spontanément, d'autres étaient percées avec des aiguilles flambées. Chaque poussée durait environ huit jours, mais les éruptions se succédaient presque sans interruption.

Chaque poussée était précédée d'une élévation de la température, qui montait quelquefois à 39°,5.

Cependant les fonctions digestives se faisaient bien ; la langue était bonne et la malade ne présentait pas d'anorexie.

L'analyse des urines les montra indemnes de sucre et d'albumine.

Le traitement général par l'arsenic, le salicylate de soude, le collargol, paraissait rester impuissant. Néanmoins les poussées se faisaient plus rares, et, vers le commencement de novembre, il ne restait plus que les excoriations résultant des bulles antérieures.

Les 19 et 29 novembre, M. Laffitte administra sa nucléine.

Le 2 décembre, il survint un violent frisson et la température monta brus-

quement à 40°.8; puis survint une poussée générale de bulles, beaucoup plus volumineuses que les précédentes; quelques-unes étaient purulentes. A ce moment, apparut, sur le bord droit de la langue, un soulèvement bulleux.

Quelques jours après, la fièvre tomba, les bulles disparurent peu à peu, et la cicatrisation des excorations se fit sans réapparition de poussée nouvelle.

La malade était faible et anémiée; on constate à ce moment l'existence d'un œdème des membres inférieurs, qui remonte à droite jusque dans la région fessière.

L'administration de moelle fraîche de veau, conseillée par un de nos confrères, provoqua au bout de trois jours des vomissements avec dégoût profond, et les fonctions digestives restèrent profondément troublées pendant plusieurs semaines.

A ce moment apparaît un symptôme nouveau : la malade éprouve des accès de dyspnée avec suffocation nocturne ressemblant à des accès d'asthme; l'examen des urines y révèle la présence de 2^{sr},30 d'albumine par litre, une diminution anormale des chlorures (1^{sr},34), 22 grammes d'urée, 0^{sr}.64 d'acide urique, des cylindres hyalins en proportion notable, de rares cylindres granuleux.

Le régime lacté et achloruré fait baisser le taux de l'albumine à 30 centigrammes, mais les œdèmes persistent.

Le 10 janvier, il n'y a plus ni ulcération, ni bulles, mais des plaques achromatiques avec hyperpigmentation à leur périphérie se dessinent autour des éruptions antérieures. Le lichen plan qui, pendant toute la durée de cette éruption bulleuse, s'était trouvé masqué, reparait avec ses caractères typiques; il est partout confluent et ne fait défaut qu'au visage.

Ce fait a été remarquable par l'abondance, le volume considérable et la reproduction, pendant plusieurs mois, des éruptions bulleuses. Occupant toutes les parties atteintes de lichen, elles ont complètement, pendant toute leur durée, rendu méconnaissable cette dermatose. *Le diagnostic a été rendu impossible et l'idée d'un pemphigus se présentait si impérieusement à l'esprit, que nous avions la crainte d'avoir commis une erreur en admettant, lors de nos premiers examens, qu'il s'agissait d'un lichen.* L'évolution de la maladie est venue montrer qu'il n'en était rien.

Il ressort de notre observation que *l'éruption pemphigoïde du lichen de Wilson peut, pendant plusieurs mois, dominer la scène morbide, présenter d'incessantes et nouvelles poussées, s'accompagner de violents accès fébriles, se compliquer d'albuminurie avec œdème des membres inférieurs et laisser à la suite de larges macules décolorées avec hyperpigmentation périphérique.*

Le pronostic, malgré le caractère fâcheux des accidents, reste beaucoup moins grave que celui du pemphigus vrai; les éruptions bulleuses peuvent cesser complètement ou se restreindre beaucoup. L'amélioration durable est survenue après l'ingestion de deux doses de nucléine conseillée par M. Laffitte.

Ulcus rodens chez une fillette de 3 ans.

Par M. CH. AUDRY.

On m'amène une fillette de 3 ans, bien portante, blonde, et sans aucune anomalie congénitale. Depuis huit mois, elle présente une petite lésion à la base du nez, à droite de la ligne médiane. C'est une saillie d'un rouge fauve ovalaire, indolente, un peu moins grande qu'une lentille, placée sur la peau saine. La lésion a toujours été recouverte d'une petite squamo-croûte qui tombe et se renouvelle. Point d'infiltration.

En enlevant avec une curette une petite squame fort adhérente, on découvre une petite érosion superficielle, à fond jaunâtre, inégale, exsudant un peu de sérosité. Le tout est absolument semblable à un nodule d'ulcus rodens vulgaire. La curette amène d'un coup toute la lésion. Thermo-cautère.

• L'examen microscopique montre qu'il s'agit bien d'un petit épithélioma végétant faiblement dans la profondeur, sans globes cornés, etc. C'est la structure de l'ulcus rodens vulgaire.

J'ai rencontré une lésion semblable, mais encore beaucoup mieux reconnaissable chez un petit garçon de 22 mois, qui la portait depuis plus d'un an. Mais comme je n'avais pas pu faire d'examen histologique, je n'ai pas publié le cas.

Dubreuilh et Auché ne citent pas d'observations où les malades aient eu moins de 10 ans.

Je suis persuadé que l'ulcus rodens n'est pas très rare chez les jeunes enfants.

Suite et fin d'une observation d'érythrodermie pustuleuse prémycosique terminée par la mort avant l'apparition des tumeurs.

Par MM. CH. AUDRY et COMBÉLÉRAN.

La première partie de cette observation a été publiée par l'un de nous dans les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie* (en mai 1905, p. 432). M. le Dr Dalous a présenté à la Société, en décembre 1905 (p. 991 des *Annales*), l'examen histologique d'un infiltrat qui en provenait. L'observation initiale s'arrêtait en avril.

L'histoire de la maladie, depuis ce moment jusqu'au 5 novembre, se trouve rapportée dans la thèse de Faulong (*Variétés pustuleuses du prémycosis fongoïde* ; Toulouse, 1905-1906). Mais nous allons la reprendre, en la résumant, au mois d'avril, pour la conduire jusqu'à la mort de la malade.

En avril, rougeur très étendue du tégument. La face est tendue, luisante, immobilisée; les paupières et les lèvres peuvent à peine se fermer. Suintement séro-purulent se desséchant en croûtes jaunâtres.

Le 15 avril, tuméfaction sous-cutanée du volume d'une noix.

Le 25 avril, autre tuméfaction un peu plus volumineuse au niveau de la

hanche gauche ; elles sont assez mal circonscrites, assez fermes, recouvertes d'une peau à peine modifiée. Toutes deux disparurent en quelques jours. Sur la plante des pieds, apparition et chute de grands placards croûteux qui tombent en laissant de vastes érosions. Diarrhée.

2 mai. — Œdème notable des grandes lèvres. Il persiste du côté gauche.

10 mai. — Radiothérapie.

10 juin. — Amélioration notable. La face est presque redevenue normale. La face, les mains, les bras, le cou n'offrent plus qu'un peu de rougeur. Le prurit est moindre ; l'état général meilleur. La malade a fait, du 10 mai au 10 juin, 8 séances de radiothérapie (3 sur la face, 2 sur les organes génitaux, 2 sur les pieds, 1 sur les mains).

Du 12 au 19 juin. — Poussée érythrodermique à peu près généralisée, avec pustules en arrière et au-dessous des oreilles. Cette poussée céda rapidement, sauf les pustules.

25 juin. — Large phlyctène laissant une érosion sur la face interne de l'une et l'autre cuisse.

Du 3 au 5 juillet. — Poussée érythrodermique sur le bras droit ; fièvre (38°,5).

11 juillet. — Cette poussée a disparu, mais des pustules nombreuses sont apparues brusquement sur la nuque. Le 20 juillet, les pustules se répandent sur le cou, puis le 25 juillet, sur les bras.

1^{er} août. — Ces accidents ont disparu, après exfoliation, mais la malade offre de la diarrhée et de la fièvre (39°,2). Jusqu'au 22 août, la diarrhée, la fièvre, les poussées érythrodermiques se succédèrent. La radiothérapie avait été abandonnée.

Le 30 août, la malade était en bon état : l'appétit passable, les forces satisfaisantes, la peau en bonne voie.

Le 13 septembre, la malade voulut partir pour Luchon. La face était blanche et lisse ; le cuir chevelu presque sain ; les bras dégonflés, souples, recouverts d'un épiderme brun et un peu squameux. Le prurit a beaucoup diminué. Il n'y a plus ni eczématisations, ni infiltrats, ni pustules ; les cuisses et les jambes sont encore un peu rouges et gonflées ainsi que la grande lèvre gauche. L'état général est très bon.

Le 3 novembre, l'état général est bon ; un peu de rougeur et de desquamation sur le front ; les mains rouges et gonflées. Les cuisses en bon état ; la jambe gauche gonflée et dure ; au-devant du tibia, ulcération circulaire, peu profonde, à fond sanieux, douloureux ; ulcération semblable sur la jambe droite. Un peu d'eczématisation sur les épaules. Il reste quelques ganglions inguino-cruraux, mais ils n'ont nullement augmenté depuis six mois ; au contraire.

Le 5 décembre, la malade entre à la clinique, ramenée par les ulcérations des jambes, très douloureuses.

Le 26 décembre, la malade est très fatiguée par un prurit continu et insupportable. Apyrexie. La peau de la face est rouge, amincie, squameuse. Surfaces rétro-auriculaires suintantes. Cheveux très rares, courts ; cuir chevelu rouge, squameux, croûteux.

Sur le cou et le thorax, le tégument est rouge, infiltré, squameux, couvert de traces de grattage ; en dehors de l'un et l'autre sein, petites ulcérations.

Même état des bras; les mains saines. Le dos est rouge, tendu, infiltré, semé de petites ulcérations. Les grandes lèvres sont gonflées. La cuisse droite est rouge et eczématisée. La jambe et le pied sont lisses, squameux; la plante du pied offre une large érosion suintante et saignante. L'ancienne plaie de la jambe est en voie de cicatrisation, recouverte d'une croûte. La peau de la cuisse gauche est lichénifiée, l'ulcération de la jambe persiste. Sur les bords du pied, petites ulcérations. Ni sucre, ni albumine dans les urines.

5 janvier 1906. — Face améliorée. Sous la peau du thorax, à gauche, au-dessus du sein, on sent quelques nodules gros comme un noyau de cerise. Le prurit est moindre. Ulcérations superficielles nombreuses du dos et des fesses. Le sommeil est un peu revenu. Mais les mouvements sont tous très douloureux. Rate, foie normaux.

Le 10 janvier, amélioration notable; on a employé les badigeonnages au bleu de méthylène, et surtout les pansements au vin aromatique. Les ulcérations des jambes sont réparées. Pas d'adénites nouvelles.

12 janvier. — Somnolence, dépression, presque semi-coma.

Du 14 au 18 janvier, mieux.

Le 18, ulcération des plantes. Le 23 janvier, elles sont étendues à toute cette surface. Bleu de méthylène. Amélioration pour le reste.

Le 30, les plantes des pieds sont presque guéries.

Le 8 février, poussée sur la face. Pas d'albumine dans les urines.

Le 12, l'érythrodermie se généralise. Prurit. Suintement fétide, abondant par les érosions du dos.

Le 20, la malade se cachectise rapidement. Le dos, les talons sont couverts d'immenses érosions qui suintent abondamment. Douleurs. Prurit. État général misérable. La malade ne s'alimente plus.

Jusqu'au 7 mars, même état, de plus en plus grave.

Du 8 au 10, semi-coma et agonie. Mort le 10.

AUTOPSIE (24 heures après). — Le corps est extraordinairement amaigri.

Thorax : Adhérences anciennes des deux plèvres, plus prononcées à droite.

Les deux poumons parfaitement sains, sauf deux petits nodules, très anciens, cicatriciels, durs, au sommet gauche. Un peu de sérosité dans le péricarde. Cœur petit, sain, pesant 230 grammes. Aorte normale.

Abdomen : Tout l'intestin est rétracté, vide, petit, blanc. Il n'y a plus de graisse épiploïque; pas de liquide dans le péritoine; pas de ganglions anormaux. Appendice sain; pancréas normal, ainsi que le foie qui pèse 1470 gr. et la rate qui pèse 110 grammes.

Pas de lésions macroscopiques des deux reins ni des capsules surrénales; toutefois le rein gauche pèse 130 grammes et le droit 160 grammes : ce dernier est fortement congestionné. Pas d'anomalie du côté de l'utérus et des ovaires.

La vessie était distendue, mais saine.

On ne put pas faire une autopsie plus complète.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — *Rein droit* : Néphrite épithéliale diffuse, probablement récente; épithélium bas, mal distinct, bordure en brosse; quelques cylindres, etc. Vaisseaux dilatés et gorgés de sang. Pas de lésions interstitielles.

Foie : Normal.

Peau : Des fragments de la peau ulcérée du dos montrent un épiderme érodé, réduit à 2 à 3 couches de Malpighi, par endroits : à la surface, nombreux diplocoques. Les papilles sont normales de dimension, œdémateuses. Dans la zone sous-papillaire, le derme est le théâtre d'une infiltration diffuse, formée surtout de lymphocytes, avec quelques mastzellen. Ni dans l'épithélium, ni dans le derme, rien ne rappelle les altérations habituelles du mycosis, telles qu'elles sont signalées dans le précédent examen de M. Dalous.

Sang (à la date du 18 janvier) (par M. Dalous) :

Hématies.....	3.800.000
Leucocytes.....	12.000
Polynucléaires neutrophiles.....	80 p. 100
Lymphocytes.....	12 —
Mononucléaires.....	6 —
Éosinophiles.....	2 —

Pas de formes anormales. Recherche infructueuse d'hématozoaires.

Rate (Dalous) :

Augmentation du nombre et du volume des travées fibreuses, pauvres en fibres musculaires lisses.

Les artérioles des glomérules de Malpighi sont entourées d'une épaisse gaine fibreuse.

Les glomérules de Malpighi sont de petit volume, mais les cellules lymphoïdes qui les composent ne sont pas modifiées.

Dans la pulpe splénique, le réticulum délicat est remplacé par une gangue épaisse, dans laquelle se trouvent éparses des cellules lymphoïdes et des polynucléaires ; on n'y voit pas de grands mononucléaires.

Dans les travées fibreuses, au voisinage de la pulpe et autour des veines, infiltration pigmentaire notable.

Sclérose de la rate, avec infiltration pigmentaire.

Surrénales :

Aucune altération.

En résumé : érythrodermie mycosique à forme clinique inaccoutumée, évoluant en 6 ans, terminée par la mort avant les tumeurs.

La malade a succombé à la cachexie, et sa fin paraît avoir été hâtée par une néphrite terminale en rapport avec des érosions de décubitus infectées.

La radiothérapie a une action salutaire mais tout à fait éphémère.

Rien dans l'histoire, ni surtout dans l'autopsie de cette malade, ne permet d'accepter l'idée de ceux qui considèrent comme essentiels les rapports du mycosis fongicide avec une variété quelconque de leucémie.

On ne peut s'empêcher de revenir à l'hypothèse du mycosis, maladie infectieuse déterminée par un parasite inconnu, probablement un hématozoaire que l'on n'a pas encore réussi à déterminer.

**Sur l'apparition d'exanthèmes identiques après l'ingestion
d'antipyrine, d'aspirine et de pyramidon.**

Par M. HALLOPEAU.

L'étude des accidents qui sont survenus chez M^{me} K..., à la suite de ces diverses influences médicamenteuses, nous a permis de constater plusieurs faits qui n'avaient pas, à notre connaissance, été encore signalés et que nous allons essayer de mettre en relief.

Cette observation peut être résumée ainsi qu'il suit :

M^{me} K..., Agée de 57 ans, a commencé, il y a six ans à faire usage de l'antipyrine; dès lors, ce médicament a provoqué constamment chez elle, dans les heures qui ont suivi son ingestion, l'apparition de taches érythémateuses qui se sont localisées toujours dans les mêmes régions. c'est-à-dire la cuisse et la jambe gauches, le bas-ventre. le pouce gauche; cette dernière éruption s'accompagnait de gonflement; celle de la partie supéro-interne de la cuisse était la plus étendue, elle coïncidait avec un soulèvement bulleux. Au bout de quelques jours, cette éruption disparaissait en laissant après elle des taches pigmentées qui ne s'effaçaient que lentement.

Il y a deux ans, dans le but d'éviter ces accidents qui ne laissaient pas que d'être pénibles, la malade a remplacé l'antipyrine par l'aspirine : mêmes résultats; de plus, il se produit un gonflement passager de la vulve.

Il y a huit jours, M^{me} K... prend un cachet contenant 30 centigrammes de pyramidon : une heure après, les parties génitales se tuméfient et deviennent douloureuses; il survient de la dysurie; l'urine coule goutte à goutte au prix d'efforts pénibles; le lendemain apparaissent des taches dans chacune des régions où elles avaient été provoquées précédemment par l'antipyrine et l'aspirine; la plaque de la cuisse devient le siège d'un soulèvement bulleux; le gonflement vulvaire augmente et s'accompagne d'une éruption vésiculo-pustuleuse; depuis trois jours, le gonflement et la douleur ont diminué d'intensité. Actuellement, les plaques érythémateuses persistent; elles ne disparaissent que très incomplètement sous la pression du doigt; elles sont d'un rouge sombre; leur distribution n'est nullement symétrique; elles ont donc les caractères habituels des éruptions antipyriniques; la plaque de la cuisse mesure 12 centimètres verticalement sur 6 d'avant en arrière: elle est encore le siège du soulèvement bulleux; les petites lèvres restent rouges, tuméfiées et exulcérées.

En résumé, les exanthèmes qui sont survenus successivement chez cette personne sous l'influence de l'aspirine et du pyramidon ont été identiques à ceux qui avaient été certainement produits par l'antipyrine; nous noterons comme insolite la localisation vulvaire.

Il est intéressant de constater que des médicaments aussi différents par leur composition chimique que l'antipyrine et l'aspirine donnent lieu à des effets identiques : il faut invoquer, pour les expliquer, une singulière idiosyncrasie.

Mais cette *idiosyncrasie* est-elle propre à la malade pour chacun des trois médicaments ou provoquée pour chacun des deux derniers par l'influence primordiale de l'antipyrine ? La question ne pourra être résolue que par une étude comparative des éruptions produites par chacun de ces deux médicaments pris isolément. Nous n'avons pu nous procurer le texte des observations publiées jusqu'ici d'exanthèmes aspiriniques ; pour ce qui est du pyramidon, plus voisin par sa composition chimique de l'antipyrine, bien qu'il en diffère encore très notablement, c'est la première fois, à notre connaissance, qu'une éruption peut être mise à son passif, du moins n'en avons-nous pas trouvé mention dans nos recueils de dermatologie.

Il est possible que l'antipyrine, une fois entrée dans l'organisme, y crée des centres multiples de *minoris resistentiæ* : mais en quoi consiste cette modification des tissus ? comment se maintient-elle pendant des années ? comment expliquer ces localisations si diverses et si peu systématisées ? il y a là toute une série de questions auxquelles il sera malheureusement impossible, selon toute vraisemblance, de répondre d'ici longtemps et que nous ne pouvons que poser.

Action locale du traitement mercuriel sur les syphilides du visage

PAR MM. HALLOPEAU ET GRANCHAMP.

Nous présentons de nouveau ce malade sur lequel nous avons appelé, dans la dernière séance, l'attention de la Société.

Sous l'influence d'un traitement par des injections d'huile grise et par l'iodure de potassium, auquel M. Laffitte a ajouté l'administration de sa nucléine, il s'est produit pourtant une notable amélioration, les tubercules se sont affaissés ; la pigmentation a diminué. Mais, si l'on compare l'éruption du tronc et des membres avec celle du visage, on constate que cette dernière région est beaucoup plus profondément modifiée ; il n'y a plus d'élevures, et la pigmentation s'est presque entièrement effacée. Or, elle a seule reçu un traitement spécifique local sous forme d'une pommade contenant un quarantième de calomel : les parties découvertes ayant en général tendance à se pigmenter avec plus d'intensité que les autres, nous nous croyons en droit de rapporter à ce traitement local l'amélioration frappante qui s'y est produite depuis un mois.

M. DANLOS. — L'action locale favorable du mercure est absolument démontrée et de constatation journalière. Elle est du reste très ancienne-ment connue. Je me rappelle que M. Lailler, quand j'étais son interne, employait déjà dans le traitement des syphilides secondaires rebelles (lichen

ou acné syphilitique généralisés), la pommade au biiodure au 100°, au 50°, ou même au 25°; et sous l'action de celle-ci j'ai vu disparaître très rapidement des efflorescences cutanées tenaces. Cette pratique est devenue la mienne et je l'emploie de temps à autre avec le même succès que mon ancien maître.

Sur le foyer lépreux des environs de Guingamp.

Par MM. HALLOPEAU et ROY.

Nous avons, depuis une dizaine d'années, dans notre service le nommé Le B..., atteint d'une forme grave de lèpre mixte; le diagnostic, de toute évidence par le seul examen clinique, a été confirmé par la recherche avec résultats positifs du bacille de Hansen, pratiquée par M. Jeanselme. Or Le B... est né à Grâces, à 1 500 mètres de Guingamp. Après avoir fait deux ans de service militaire à Rennes, il a quitté son pays à l'âge de 25 ans pour aller en Normandie séjourner en qualité d'infirmier dans l'asile de Pont-l'Abbé-Sicaucville. Sa lèpre a débuté environ un an après; il paraissait bien s'agir d'un cas d'origine bretonne, c'est devenu une certitude.

En effet, il y a quelques jours, Marie C..., âgée de 60 ans, atteinte d'une lèpre mixte, nous a été adressée par notre confrère M. H. Leroux qui la soignait depuis deux ans à l'hôpital Saint-Joseph; chez elle également, le diagnostic a été confirmé par la présence, dans un tubercule biopsié, de bacilles de Hansen qu'a trouvés M. Lorrain, chef de laboratoire.

Or, Marie C... est née à Bourbriac, village situé à 5 kilomètres de Grâces, et elle ne l'a quitté qu'il y a deux ans pour venir à Paris. Sa maladie avait débuté environ un an auparavant.

Dès lors, le cas de Le B... n'était plus isolé, et l'existence d'un foyer endémique de lèpre aux environs de Guingamp devenait bien vraisemblable. Dans le but d'élucider la question, nous nous sommes renseignés auprès de M. le Dr Vincent, de Guingamp. Or, une lettre de ce très honoré confrère nous apprend qu'il a soigné, dans une commune voisine de Grâces et de Bourbriac, trois lépreux atteints de manifestations très analogues à celles que présente Le B...; d'autre part, un de nos confrères de Guingamp lui a affirmé avoir vu dans la région une dizaine de lépreux.

Il est donc bien établi par ces faits qu'il existe dans les environs de cette localité un foyer endémique de lèpre.

Il y aura lieu de rechercher, là comme sur la Riviera, comment se fait la transmission et pourquoi elle a lieu dans cette contrée alors qu'elle fait défaut à Paris.

M. JEANSELME. — La coexistence de deux cas de lèpre tuberculeuse observés dans le département des Côtes-du-Nord, sur deux Bretons vivant à quelques kilomètres l'un de l'autre, est assurément un fait digne d'intérêt. En octobre 1896, avec M. le Dr Corson (de Guingamp), je visitai la région de Peder nec, où avait vécu François Le B...; nos recherches furent infructueuses. Pour que l'enquête fût complète, il aurait fallu visiter l'asile d'aliénés de Pont-l'Abbé-Picauville, où Le B... était gardien, en 1892, quand il présenta les premiers signes de la lèpre. Cet établissement est situé dans l'arrondissement de Coutance, à quelques kilomètres de la mer. La localité, paraît-il, fournit beaucoup de marins qui font la pêche sur la côte d'Islande, où, comme on le sait, la maladie est endémique. Actuellement, il ne me paraît pas possible de décider si les quelques cas signalés en Bretagne sont dus à la réviviscence de l'ancienne lèpre bretonne ou à une importation étrangère.

Grâce à l'obligeance de MM. les Drs Prouff (de Morlaix), Mesguen (de Lesneven), Servet (de Saint-Pol-de-Léon), Guibert (de Saint-Brieuc), Corson (de Guingamp), j'ai pu étudier un certain nombre de Bretons atteints de maladie de Morvan. La plupart de ces cas m'ont paru se rattacher à la syringomyélie, car les réflexes rotuliens étaient exagérés et la scoliose manifeste (1). Sur deux malades, j'ai fait, sans résultat, la recherche du bacille de Hansen au niveau de taches achromiques ou pigmentaires (2).

Kératodermie palmaire et plantaire familiale.

Par MM. BALZER et DESHAYES.

Le Musée de l'hôpital Saint-Louis possède un important moulage de kératodermie palmaire et plantaire (n° 1473) qui a été déposé par notre éminent maître, M. E. Besnier, avec la note suivante :

« *Kératodermie congénitale symétrique des extrémités. Ichthyose locale.* — La kératose occupe la totalité de la région anatomo-topographique palmaire et plantaire, c'est-à-dire les régions essentielles de la kératinisation; elle atteint son maximum là où la couche cornée est normalement la plus épaisse et au niveau des points maxima de pression. La couleur noire est due aux poussières communes et la coloration verdâtre à la profession du sujet qui est mouleur en cuivre. On peut suivre à la loupe tous les détails des lésions, voir les rhagades de la corne, le développement gigantesque du revêtement corné des papilles. »

Le malade qui a été l'objet de cette note très explicite vient de rentrer dans notre service. Il n'était pas revenu à l'hôpital depuis

(1) E. JEANSELME. Syndrome de Morvan, syringo-myélie et lèpre. *Société médicale des hôpitaux*, 30 juillet 1897.

(2) E. JEANSELME. *Société médicale des hôpitaux*, 12 février 1897.

vingt ans. Il nous a paru utile de compléter sur certains points les données importantes déjà fournies sur son cas par M. E. Besnier, notamment en ce qui concerne l'histoire de la famille du malade. Celui-ci a rectifié un détail de la note ci-dessus; il n'est pas mouleur, mais bien tourneur en cuivre.

OBSERVATION. — Schumacher..., aujourd'hui est âgé de 65 ans et exerce la profession de tourneur en cuivre. Il est entré à l'hôpital pour une kératodermie symétrique qui par son développement intense est arrivée à lui interdire son travail habituel.

Il a déjà été soigné en 1886, par le Dr Besnier, qui a fait exécuter le moulage déposé au Musée sous le n° 1173, et l'avait alors considérablement amélioré en lui mettant alternativement des gants de caoutchouc et des pansements salicylés.

Le malade est atteint depuis sa naissance; la paume des mains et la plante des pieds, qui étaient au début simplement écailleuses, se sont petit à petit durcies et hypertrophiées pour arriver à l'aspect si caractéristique qu'elles présentent maintenant. Le revêtement épidermique y forme en effet une masse noirâtre, épaisse de plusieurs millimètres sur certains points; il est fendillé, feuilleté, avec les plis papillaires très accusés; il se divise en plusieurs segments, séparés au niveau des plis de flexion par de profondes fissures allant jusqu'au derme et qui deviennent parfois douloureuses; de plus, l'abondance de la prolifération cornée rend les mains maladroites en les empêchant de serrer fortement les objets.

La limite des lésions des paumes est exactement le plan antérieur des mains, y compris les doigts jusqu'aux ongles qui sont fortement incurvés dans le sens de la flexion des doigts.

Mais nulle part elles ne passent sur la face dorsale. Elles ne dépassent pas les plis des poignets. Depuis un an le malade ressent une faiblesse dans la main droite, les outils lui échappent de la main. Il ne peut plus travailler. Les doigts sont déformés, les deux premières phalanges paraissant en extension et la phalangette en demi-flexion. La main gauche présente les mêmes déformations, moins accentuées. Elle est un peu plus forte que la main droite. Pas d'hyperhidrose.

Aux pieds, les lésions sont analogues mais un peu moins fissuraires, sauf aux talons où existent de profondes crevasses; le maximum d'épaisseur est au niveau des points d'appui de la voûte plantaire, tandis que la partie concave qui ne supporte pas de pressions est relativement indemne.

La kératodermie est nettement limitée à la région plantaire. Les orteils et les plis sont un peu incurvés dans le sens de la flexion.

Notre sujet a d'ailleurs une excellente santé, à part l'affaiblissement des membres supérieurs et une fatigue fréquente des jambes due probablement à l'âge et à la profession fatigante qu'il a exercée depuis l'âge de 15 ans.

Nous attirerons l'attention sur ce point qu'il est d'une famille où la kératodermie symétrique est fréquente: le fait est bien connu déjà, mais il n'est pas toujours aussi net qu'ici.

Le père de ce malade et la sœur de son père présentaient exactement la

même affection que lui et pareillement localisée; il en était de même pour quatre des enfants, le malade actuel, et trois frères ou sœurs.

La fille aînée de notre malade qui est morte jeune, a présenté pendant les quelques années de sa vie les lésions caractéristiques de la même affection. Ses huit autres enfants n'ont pas été atteints et il est possible que l'affection ne continue pas dans la famille, l'hérédité étant ordinairement directe. Ce caractère cependant n'est pas absolu, car on y a signalé quelques exceptions.

*
* *

Notre but étant ici simplement de compléter l'histoire du moulage de M. E. Besnier, nous ne ferons pas de longues réflexions sur l'observation de ce malade. Nous rappellerons seulement à ce propos les publications de Ehlers sur le mal de Meleda, et nous renverrons le lecteur à l'article de W. Dubreuil sur la kératodermie symétrique des adultes, dans la *Pratique Dermatologique*, t. II. Nous avons trouvé aussi dans les *Annales de Dermatologie* quelques observations nouvelles d'Audry, Brault, Pasini, etc.

Trichophytie cutanée chez un toucheur de bœufs.

Par MM. BALZER et DESHAYES.

Nous présentons à la Société cet intéressant moulage de M. Baretta. Il provient d'un jeune homme de 17 ans, toucheur de bestiaux et plus spécialement de bœufs, qui s'est présenté à la consultation de l'hôpital Saint-Louis. Depuis six semaines il présentait sur tout le côté droit de l'abdomen, à peu près à la hauteur de l'ombilic, une série de placards de la largeur d'une pièce d'un franc à celle d'une pièce de cinq francs.

Ces éléments sont de formes assez variées; ils sont rouges d'une manière assez uniforme, cependant peut-être plus rouges à leur périphérie qu'à leur centre; la tuméfaction est assez accusée; ils sont recouverts de squames assez épaisses et qui tendent à se détacher. Le prurit est peu intense.

L'examen microscopique des squames a montré en très grande abondance un trichophyton à filaments assez épais et nombreux, avec des spores volumineuses, parfois disposées en chaînettes.

Le malade, traité par les badigeonnages de teinture d'iode, n'a plus été revu.

Dans ce cas cette dermatose trichophytique est remarquable par son apparence assez insolite; les placards n'ont pas la forme arron-

die, plus ou moins régulière, assez fréquente en pareil cas; très peu de vésicules, à peine visibles à leur périphérie; surface nettement squameuse; disposition en petits placards séparés les uns des autres par des intervalles de peau saine. Jadis le nom d'eczéma marginé aurait été très probablement appliqué à cette dermatose sans beaucoup d'hésitation. La constatation du trichophyton permet d'affirmer sa véritable nature et selon toute vraisemblance, à cause de la profession du malade et à cause de la forme du parasite, il s'agissait d'un trichophyton d'origine animale.

Épididymite blennorrhagique double avec suppuration.

Par MM. BALZER, FLEIG et TANSARD.

D. Ad..., 25 ans, mécanicien, entre au n° 32, salle Devergie, à l'hôpital Saint-Louis, le 27 février 1906, porteur d'une orchite blennorrhagique double, très volumineuse, légèrement fluctuante; douleurs spontanées, vives, augmentées par la palpation. L'écoulement blennorrhagique est ancien, datant de 12 ou 13 mois et se manifestant actuellement sous la forme d'une goutte matinale. Le malade raconte qu'il a, depuis 10 mois, les deux testicules augmentés de volume, le *testicule gauche* surtout.

Mais, jusqu'au 24 février, il n'avait pas ressenti de douleurs, seulement une simple gêne, une sensation de pesanteur s'augmentant par la fatigue.

Brusquement, le 25 février dernier, le malade a ressenti une violente douleur au *testicule droit*, puis au gauche.

Le 27 février, on l'examine à Saint-Louis, et la palpation des bourses ne permet pas de reconnaître dans l'empâtement et de localiser l'épididyme. Les deux testicules se présentent avec une consistance demi-molle, presque fluctuante. Le *toucher rectal* éveille une assez vive douleur au niveau de la prostate, qui n'est cependant que très peu augmentée de volume; l'urèthre postérieur est peu douloureux.

Un *premier examen* microscopique de la sécrétion uréthrale, le 30 février, est négatif; on ne trouve que des chaînettes, des diplocoques, et des cellules prostatiques, avec de nombreux leucocytes (mononucléaires surtout).

Un *deuxième examen*, pratiqué deux jours plus tard, permet de reconnaître les *gonocoques*; peu abondants, ils sont surtout intra-cellulaires.

Les jours suivants, le malade souffre beaucoup; il est très abattu et a de la fièvre; les testicules augmentent toujours ainsi que l'œdème inflammatoire des bourses, l'exploration est extrêmement douloureuse.

Le 10 mars, les testicules sont nettement fluctuants.

Le 13 mars, à travers la peau du scrotum, rouge et amincie, le pus se fait jour spontanément à gauche, à la face antérieure. Un coup de bistouri donne issue à une grande quantité de pus franchement phlegmoneux, bien lié, jaune verdâtre, mélangé de stries sanglantes. L'examen microscopique y fait retrouver le gonocoque, associé à des chaînettes et à des microcoques.

Le 17 mars, le testicule droit est très fluctuant; la peau du scrotum est rouge et très amincie. On incise le 18 mars. L'examen microscopique du pus

n'y fait reconnaître que des chaînettes et des microcoques : le gonocoque y est introuvable.

Dans les jours consécutifs à l'ouverture des abcès, l'état général et l'état local s'améliorent très rapidement, le gonflement du scrotum et des testicules diminue. L'exploration redevient possible. La sécrétion purulente se tarit assez rapidement et les incisions se cicatrisent. Le malade part pour l'asile de convalescence le 31 mars.

Au moment de sa sortie, les ouvertures des abcès sont complètement fermées. La palpation du testicule est très peu douloureuse; elle permet de constater l'existence d'adhérences nombreuses sur toutes les faces des testicules, qui sont restés irréguliers et bosselés. On peut reconnaître aussi que la localisation principale de l'inflammation s'était faite nettement sur les épидидymes, et qu'elle se continue le long des canaux déferents qui restent encore tuméfiés et indurés. Le malade conserve une petite goutte matinale; cette goutte, qui a été examinée plusieurs fois, ne contient plus le gonocoque.

Pendant tout le séjour du malade à l'hôpital, le traitement de l'urétrite a consisté dans l'administration des capsules de santal, avec lait et limonade salicylée.

*
* *

En résumé, ce malade était atteint d'une blennorrhagie chronique avec épидидymite double à rechutes; il pouvait cependant vaquer à ses occupations lorsqu'au mois de février, l'épididymite double prend un caractère d'acuité tel qu'il est obligé d'entrer à l'hôpital. En effet, ce n'est pas d'une épидидymite très aiguë simple ordinaire que nous avons été les témoins, mais plutôt d'un véritable *phlegmoné pидidymo-scrotal* double évoluant avec un gonflement considérable, des douleurs très vives, et aboutissant rapidement à la suppuration.

Cette acuité dans la marche nous paraît s'expliquer par l'infection secondaire qui est venue se surajouter au gonocoque. Celui-ci a d'abord été constaté dans le pus du testicule gauche. Mais quelques jours après le pus du testicule droit paraissait ne pas le contenir; toutefois nous sommes convaincus que le gonocoque a dû exister certainement dans la suppuration de ce testicule. Il y était seulement devenu plus rare sans doute, au moment où nous l'avons recherché. En revanche, la présence des chaînettes nettement constatée indiquait nettement qu'un autre microbe, entérocoque ou streptocoque, était venu se joindre, récemment sans doute, au gonocoque. Des chaînettes étaient en outre reconnues dans le pus urétral. La marche suraiguë avec les allures d'un phlegmon, que nous avons observée pour cette double épидидymite, pourrait donc s'expliquer par cette *association microbienne* du gonocoque avec un microbe en chaînettes. Nous regrettons seulement de n'avoir pas tenté de préciser par les cultures la nature de ce microbe en chaînettes.

Nous avons pensé aussi pendant un moment à la présence du

bacille de la tuberculose, en raison surtout de l'évolution lente, un peu torpide et insidieuse, de la double épididymite, pendant les mois qui ont précédé le phlegmon terminal. Mais deux raisons nous paraissent devoir faire éliminer cette hypothèse : 1° l'absence de lésions tuberculeuses du côté de la prostate et des vésicules séminales ; 2° la guérison normale et même rapide qui a suivi l'évacuation des deux foyers de suppuration épididymo-scrotaux.

M. GRIFFON. — J'ai observé, il y a quelques années, dans le service de M. Landouzy, un cas d'épididymite blennorrhagique suppurée avec présence du gonocoque pur reconnue dans le pus, non par l'examen direct, qui fut négatif, mais par la culture.

M. DANLOS. — J'ai eu occasion de voir évoluer dans mon service un cas d'épididymite blennorrhagique aboutissant à la suppuration. J'ai pensé dans ce cas, en raison de l'état de débilité du patient et de quelques signes rationnels, qu'il y avait peut-être un dépôt tuberculeux antérieur dans l'épididyme, et que la suppuration était déterminée par l'irritation que produisaient le gonocoque ou ses auxiliaires (staphylocoques, etc.) dans un organe déjà compromis par la tuberculose ; mais l'examen du pus n'a pas été fait et je ne puis donner mon interprétation que comme une hypothèse dont l'exactitude n'est pas démontrée. Mon malade a paru guérir assez rapidement.

Syndrome rappelant le xeroderma pigmentosum au cours d'un épithélioma gastrique.

Par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.

Ce syndrome cutané : petits angiomes multiples disséminés sur les parties découvertes (tête), taches blanches atrophiques à auréole pigmentée et points d'hyperpigmentation de la tête et du tronc, est survenu chez un malade de 67 ans, atteint de néoplasme de l'estomac.

Ce néoplasme de l'estomac a donné le facies jaune paille et la cachexie cancéreuse, compliquée ces derniers temps d'œdème cachectique et de phlegmatia alba dolens des membres inférieurs ; il se sent au creux épigastrique où il détermine une contracture douloureuse de la paroi ; il a envahi le foie devenu gros, dur, bosselé et sensible. L'anorexie est presque complète, il n'y a plus d'hématémèses.

Le sang se caractérise par une leucocytose polynucléaire considérable dont la valeur est grande en l'absence de fièvre et d'infection reconnue, par des altérations de globules rouges et poikilocytose contrastant avec le faible degré de l'anémie (3 000 000 de globules rouges), par le pseudo-parasitisme de globules rouges mobiles. Tous signes mis en valeur par Hayem, et assez nets ici pour que Dominici, ne connaissant pas le malade, ait pu soupçonner un néoplasme,

Ce cancer de l'estomac semble dater de 3 ans : troubles digestifs frustes accentuant, anorexie électorale, vomissements irréguliers et petites hématomèses. Bronchite chronique avec un peu de myocarde et artériosclérose.

En décembre 1904, il a eu une suppuration à la jambe gauche : ostéite des osiers (?).

Les accidents cutanés sont apparus successivement, d'abord, croit-il, les petites taches blanches du cou, de la tête, puis des aisselles. Ces taches blanches, de 4 à 7 millimètres de diamètre, blanc atrophique, non cicatricielles, auréolées de pigmentation, sont très nombreuses, surtout au cou, sur le dessus du crâne, à la face antérieure des aisselles. Il ne peut préciser la date du début; il a eu, il y a 10 ans, de petits points rouges démangeant qui durèrent 3 semaines et ne récidivèrent pas. Ce sont peut-être eux qui ont déterminé ces points blancs à pourtour hyperpigmenté. Il s'aperçut des angiomes strictement localisés aux régions découvertes (1) (crâne, visage), il y a 3 ans, qui, d'abord peu nombreux, se sont multipliés. Il ignorait les points pigmentés, d'ailleurs rares. Pas de papillomes cutanés.

Par la localisation aux parties découvertes, par l'association de taches atrophiques, auréolées de brun, de points hyperpigmentés, d'angiomes, ce syndrome cutané non encore connu se rapprocherait du xeroderma pigmentosum, malgré le début sénile. Ce syndrome cutané est d'autant plus intéressant qu'il accompagne un épithélioma gastrique, et on a pu dire, d'une manière un peu fantaisiste, que c'était un xeroderma pigmentosum, dont le papillome était à l'estomac.

**Sarcome globo-cellulaire multiple hypodermique (TYPE PERRIN)
chez un enfant de 6 mois.**

Par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.

C'est une forme classique du type clinique décrit par Perrin. Le point très particulier de cette observation est le *très jeune âge* de ce petit malade que M. Deguy a eu l'obligeance de nous amener.

Sans tare héréditaire, en particulier *sans hérédité néoplasique*, cet enfant, âgé de 6 mois, *a toutes les apparences de la santé*, il est gros, joufflu, gai. Venu à terme, il a été nourri au sein. On s'aperçut des tumeurs vers l'âge de deux mois. Les premières apparurent aux

(1) Donc, localisation inverse des angiomes séniles de DUBREUILH, localisés aux parties couvertes.

aines et à la tempe gauche, les autres survinrent successivement sans poussée, petit à petit, insidieusement, sans retentissement sur l'état général qui est encore excellent; leur développement est rapide. Elles sont presque *innombrables*, dépassant la centaine, *globuleuses, très inégales*, variant de 5 millimètres à 10 centimètres, *dures et peu sensibles* à la palpation, *encapsulées*, mobiles sous la *peau* qui est *normale*, et sur les plans profonds (donc nettement *hypodermiques*).

Une seule, à la partie moyenne et droite du dos, est aplatie et adhérente à la peau qu'elle rosit à peine (phénomène de la peau d'orange).

Elles sont *sans ordre et sans symétrie, isolées ou conglomérées* en larges masses bosselées aux aines et au-dessous de la clavicule.

Presque toutes siègent au *tronc* qu'elles bossellent et déforment, plusieurs à la tête; trois seulement aux membres inférieurs, aucune aux membres supérieurs.

Les ganglions semblent indemnes, bien que pour certaines régions les tumeurs soient si nombreuses (aines) qu'il est difficile de trancher. Les viscères sont jusqu'ici épargnés, le sang est normal.

La marche est rapide, d'autres tumeurs apparaissent, l'état général n'est pas encore atteint. Une application de rayons X n'a pas arrêté le processus. Le pronostic nous semble donc fatal.

Avant même la biopsie, le diagnostic s'imposait: ni la syphilis, dont il n'a aucun stigmate, ni la tuberculose n'ont cette multiplicité de tumeurs et cette intégrité de l'état général. Le type Perrin est assez bien individualisé pour être isolé du type Unna, sarcome dur et blanc, dermique, — du type Piffard, sarcome dur et pigmenté dermique, — du type Neumann, sarcome mou et clair, — du type Funk Hyde, mou, volumineux à nécrose centrale. Sa localisation au tronc et à la tête éliminait le sarcome dermique type Kaposi, précisément appelé par Unna acrosarcome télangiectoïde parce qu'il débute par les *extrémités*, que son évolution est centripète, et qu'il est coloré par le pigment sanguin.

Lèpre mixte (2^e MÉMOIRE). Étude des ulcérations des lépreux.

Par MM. DE BEURMANN, ROUBINOVITCH et GOUGEROT.

Cette lèpre mixte a évolué en trois périodes: jusqu'en 1897, lèpre tégumentaire bénigne à éruptions successives, séparées par des rémissions; puis, en 1897, recrudescence terrible de la maladie: début clinique de la polynévrite aboutissant à la paralysie atrophique des membres inférieurs et supérieurs, à la paralysie faciale; irido-choroïdite double amenant la cécité bilatérale (1900-1902); enfin, en

janvier 1905, troubles mentaux revêtant le syndrome dit PSYCHOSE POLYNÉVRITIQUE. L'étude de cette psychose a été présentée à la Société de Neurologie le 1^{er} mars 1906 et publiée dans le *Bulletin médical*, n^{os} 21 et 22. Le syndrome de Korsakoff était typique, caractérisé par l'*amnésie spéciale antérograde, l'affaiblissement intellectuel, les manifestations délirantes à point de départ hallucinatoire*. Il présentait, *de par sa nature lépreuse, des particularités cliniques* qui l'individualisent de toutes les autres psychoses polynévritiques : *début tardif, pronostic fatal, fixité de l'état cœnesthétique fait de dépression et de mélancolie parce qu'il est la continuation de l'état normal psychique des lépreux, contraste entre cette fixité et la fugacité des impressions*.

Nous voudrions ici insister sur quelques points intéressants de l'observation dermatologique, en particulier sur la DIVERSITÉ DE NATURE DES ULCÉRATIONS DES LÉPREUX : *toutes semblent dues à des causes secondaires*, car l'on sait que le lépreux n'a aucune tendance à la nécrose et à l'ulcération. Ces ulcérations portent tantôt sur les lépromes, tantôt en dehors d'eux, en peau non lépromateuse; plusieurs résultent, aux points de frottement, de traumatismes répétés empêchant la cicatrisation; quelques-unes, post-bulleuses, semblent être uniquement de cause trophonévrotique, la plupart sont dues à des *infections secondaires* (impétigo, ecthyma).

L'état dystrophique de la peau lié à la polynévrite et à la cachexie favorise la naissance du processus ulcéreux et l'entretient, la réparation est d'une extrême lenteur.

État en septembre 1905. — R... est né à la Guyane française, en 1871; il est donc âgé de 34 ans.

L'aspect est lamentable, tant ce masque facial figé et ces orbites vides font de suite impression. Il est à demi couché dans son lit, la tête penchée en avant et relevée, appuyée sur son coude gauche, immobile des heures entières dans une éternelle attente. La figure inerte émaciée est d'une pâleur cirreuse, elle ne tressaille pas (*paralysie faciale double*). La peau, lisse, luisante, sans la moindre ride, semble tendue sur les reliefs osseux (*début de sclérodermie*) : le front en paraît plus haut et presque olympien, le menton plus saillant, les traits plus immobiles et plus calmes (*facies antonin*). Le nez est aplati et effondré à sa partie inférieure et gauche (*coryza lépreux*). Les sourcils et les cils sont tombés alors que les cheveux sont conservés.

Les paupières flétries masquent à peine le vide de l'orbite; entre leurs bords rouges et ulcérés, saillent, débris blanchâtres et purulents, les fongosités lépreuses masquant le globe oculaire (*irido-choroïdite double*). Au coin de l'œil perlent les larmes qui descendent lentement sur la joue immobile. Il ne reste plus trace d'éruption lépreuse, sauf une petite macule brunâtre à la joue droite. Il se garde de causer. Ses mouvements sont rares (paralysies), on doit le faire manger; la main gauche n'est pourtant pas encore trop maladroite, elle repousse sa joue gauche paralysée, quand il cherche à déglutir. Il ne peut se lever : il faut le porter. Assis, il

se penche en avant le cou tendu, le visage un peu levé, les avant-bras appuyés aux bras du fauteuil, semblant sonder l'horizon de ses yeux vides.

Si on le découvre, le tronc et les membres, sauf leurs extrémités, apparaissent décharnés, squelettiques; la peau est flétrie, fripée, maintenant trop large (atrophie musculaire et sous-cutanée), le teint est blanc et pâle; au contraire, les extrémités, mains, pieds et jambes, sont grosses, tuméfiées et déformées (éléphantiasis), leur peau tendue et luisante est violacée et cyanotique. Ce contraste est frappant.

EXAMEN DERMATOLOGIQUE (Membres inférieurs). — Les jambes et les pieds sont les plus touchés. Les lésions atteignent presque le genou, blanc et décharné. Immédiatement au-dessus, la peau blanche est maculée de quelques lépromes brunâtres et pigmentés peu saillants. Au-dessous de cette articulation la tuméfaction est diffuse et voile tout. La peau lisse et tendue est rouge violacé, luisante et froide. La cyanose croît à mesure qu'on descend vers le pied : à la partie supérieure de la jambe, la rougeur diffuse et se fond insensiblement dans la pâleur du genou. Cette peau violacée desquame, à peine, une fine craquelure fend la couche cornée et dessine un vague réseau.

Çà et là sont disséminés sans ordre des lépromes encore plus foncés que le reste du membre (parce que pigmentés), des phlyctènes grosses et tendues, de petites phlyctènes plates et flétries, des ulcérations qui semblent surtout localisées aux points de frottement.

Ces ulcérations sont peu nombreuses : deux grosses, l'une à la partie saillante de la malléole interne gauche, l'autre à la malléole interne droite et remontant au-dessus; quelques petites à la face postérieure de la jambe et le long de la face interne du tibia, au pied face inférieure du gros orteil gauche, face dorsale du 2^e orteil droit. Toutes sont vaguement ovalaires, quelques-unes nettement circulaires. Leur aspect est différent.

1° Les unes sont des érosions circulaires rougeâtres et plates entamant l'épiderme seul, suintant une sérosité claire contenant de rares poly et des cellules épidermiques avec quelques cocci et pas de bacilles de Hansen. Ces érosions succèdent à des petites phlyctènes aplaties éphémères dont le fond a le même aspect exulcéré dès que l'on en enlève le couvercle épidermique. Tantôt elles guérissent sans cicatrice, tantôt elles se creusent. Leur ressemblance avec la *streptophlyctène des impétigos*, la présence de cocci et l'absence de bacilles de Hansen font penser qu'il ne s'agit là que de lésions banales cocciennes, développées sur des tissus en état d'hypotrophie. — 2° D'autres sont des ulcérations circulaires de 1 à 3 centimètres de diamètre, assez profondes, à bords rouges, mollasses, nets et à pic, un peu éversés et déchiquetés; le fond est purulent, bourgeonnant, irrégulier. Le pus contient de nombreux polynucléaires presque tous en karyolyse et des cocci d'espèces différentes, pas de bacilles de Hansen. Elles ressemblent tout à fait à certaines ulcérations ecthymateuses, surtout lorsqu'elles se développent sur une jambe variqueuse et eczémateuse préluant

à l'ulcère de jambe. Elles paraissent avoir même pathogénie, c'est l'exagération du processus érosif (1) déjà microbien des streptophlyctènes (1°), soit sans infection secondaire, soit plutôt avec surinfection. La plupart restent sans tendance à la guérison, atones : quelques-unes se cicatrisent : on voit un mince liséré épidermique transparent se rétrécir.

En résumé, ce sont des ulcérations ecthymateuses alors que les premières étaient impétigineuses, en peau non lépromateuse.

3° D'autres, moins régulièrement circulaires quoique toujours de contour arrondi, ont des bords durs surélevés comme boursoufflés, à pic et non décollés ; leur fond, profond (jusqu'à 5 millimètres) mais plat, est jaunâtre, bourbillonneux, régulier, suintant à peine un séropus contenant, outre des cocci assez nombreux, des *bacilles de Hansen* rares et extracellulaires, des débris cellulaires à peine reconnaissables mêlés à des poly et mono. Elles sont entourées d'une *auréole pigmentée* parfois très large, que la pression du doigt rend encore plus évidente en chassant la rougeur et la cyanose. Il est probable que ces ulcérations, assez différentes des premières et deuxième, sont des *lépromes ulcérés par des infections cocciennes*. On sait en effet que le léprome n'a par lui-même aucune tendance à la nécrose et à l'ulcération et qu'il lui faut, pour ce, l'aide d'autres microbes. Nous avons pu saisir le début de ce processus ulcéreux du léprome ; sur la face dorsale proéminente et hyperfléchie de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil droit, saillie un gros nodule bleu noir, encore plus foncé que la peau environnante ; il n'est pas encore ulcéré, mais ramolli à son centre sur un seul point ; à ce niveau l'épiderme laisse transparaître un magma jaunâtre purulent contenant des bacilles de Hansen et de nombreux cocci ; peu après se développait une minuscule ulcération tout à fait semblable au type 3°.

Il nous a paru intéressant d'insister en passant sur l'aspect si divers des ulcérations de la période terminale de la lèpre. Cette diversité n'étant sans doute que la conséquence d'une pathogénie différente : l'infection coccienne à espèces unique ou multiples agissant en des points différents à des degrés croissants tantôt en peau non lépreuse (1° et 2°), tantôt en plein léprome (3°).

A côté de ces ulcérations par infection secondaire, on voyait encore par moment de grosses phlyctènes circulaires de 10 à 25 et 30 millimètres de diamètre, tendues et pleines d'un liquide transparent souvent rosé, à épiderme résistant, ressemblant aux bulles de pemphigus. A la culture et examen sur lame, la sérosité presque acellulaire était aseptique, ne contenant ni cocci ni bacilles de Han-

(1) Nous avons vu deux érosions qui avaient succédé à des phlyctènes du genre 1°, devenir ulcéreuses et revêtir le type 2°.

sen ; elles sont de pathogénie obscure, peut-être trophonévrotique suivant la doctrine classique (1). Leur durée était courte, quelques jours suffisaient à l'épidermisation. Par complication d'infection secondaire, l'une d'elles devint ulcéreuse, à type ecthymateux. Ces grosses phlyctènes sont donc très différentes des petites phlyctènes éphémères, aplaties, à peau flétrie dues aux cocci et qui laissent des érosions superficielles.

Entre les ulcérations et phlyctènes, quelques lépromes à peine saillants, pigmentés, disséminés sans ordre, tranchent par leur teinte foncée sur la coloration rouge violacé diffuse de la peau.

Les déformations des pieds sont extrêmes. Ils sont déviés en rotation externe et abduction, en légère flexion.

Le pied gauche est tuméfié, violacé, ulcéré, semble raccourci et élargi. le ponce a sa première phalange fortement fléchie sur le tarse et sa 2^e phalange plus fortement encore, étendue sur la première, presque verticale : cette déformation extrême n'est possible que grâce à une subluxation. Les autres doigts sont fléchis dans chacun de leur segment et recroquevillés contre le sillon digito-plantaire. Les ongles sont épaissis, striés, très altérés. Le pied droit a des déformations semblables mais moins marquées. Elles sont un mélange complexe de lésions cutanées lépreuses et infectées, de troubles trophiques (œdèmes, cyanose), de déformations paralytiques, de rétractions tendineuses, de lésions articulaires et osseuses (résorption).

L'œdème dur masque l'atrophie sous-jacente des muscles, on perçoit à la partie inférieure une *exostose périostique* analogue aux hyperostoses syphilitiques (2).

A ces lésions si prononcées des jambes et des pieds s'opposent l'amaigrissement et la pâleur du reste du membre à partir du genou. Les ganglions inguinaux sont tuméfiés, gros, indolores et mobiles.

Tronc. — Le tronc est amaigri et blanc pâle. En avant la cage thoracique saille sous la peau, le ventre est un peu ballonné, à travers la paroi flasque amincie se dessinent les anses intestinales.

Au dos, une scoliose à convexité droite dévie le rachis et fait saillir en arrière la moitié droite du thorax.

A la région sacrée œdématiée (œdème du décubitus) sont creusées *trois eschares fessières*, l'une médiane et deux latérales, *mélange de léprome et d'eschare cachectique*. Sur deux, en effet, on voit encore à la partie supérieure le reste non encore ulcéré des lépromes primitifs reconnaissables à leur teint fauve et à leur induration élas-

(1) Les bulles au contraire (des lépromes) sont probablement les *neuroléprides* spécifiques de la lèpre trophique (Neisser), car elles ne contiennent jamais de bacilles, à moins qu'elles ne soient développées sur un léprome. (JEANSELME.)

(2) Arning, exagérant les différences entre la lèpre et la syphilis, prétendait que ces exostoses manquaient dans la lèpre, et en faisait un argument pour opposer ces deux maladies. M. Hallopeau a déjà signalé des périostoses crâniennes.

lique. Mais si cette ulcération a débuté en tissu lépreux, elle envahit à la partie inférieure la peau sacrée. Ces eschares des cachectiques résultent d'une infection inoculée aux points de pression sans cesse traumatisés, grâce à la dystrophie générale, sur des tissus se défendant mal. *Le processus est donc ici complexe*: lépromes, traumas, infection secondaire, cachexie et dystrophie.

Membres supérieurs. — Le contraste est le même qu'aux membres inférieurs entre le bras, l'avant-bras, maigres, blancs, pâles, et les mains tuméfiées, violacées et cyanosées, froides et insensibles. Comme les pieds, les mains sont déformées, mais elles ne sont pas ulcérées.

La main droite est tuméfiée par un œdème dur, le pouce est en abduction. Sa 1^{re} phalange est en extension, sa 2^e en hyperflexion; l'index est étendu sauf sa 2^e phalange fléchie, le médius a sa 1^{re} phalange légèrement fléchie, sa 2^e en hyperextension, subluxée, la 3^e fléchie. L'annulaire et l'auriculaire dessinent la griffe cubitale classique, c'est-à-dire 1^{re}s phalanges étendues, 2^{es} et 3^{es} fléchies formant crochet. L'impotence est complète. La main gauche est moins déformée et encore assez mobile, on remarque seulement une légère flexion des 2^e, 3^e, 4^e et 5^e doigts au niveau de l'articulation des 1^{re} et 2^e phalanges.

A la face postérieure des deux coudes s'étend un large léprome en nappe, saillant, pigmenté-fauve, anesthésique, de 12 centimètres de haut sur 6 à 7 de large environ.

Le gauche seul est ulcéré en son centre. Cette ulcération, de 3 à 4 centimètres, est peu profonde, elle ne contient que de très rares cocci et ne semble pas due à une surinfection. Elle doit résulter du frottement et du traumatisme; car le malade a l'habitude de s'appuyer sur ce coude; *elle paraît donc n'être qu'une plaie qui ne se répare pas parce qu'elle continue d'être traumatisée.*

On remarque une macule pigmentée anesthésique à la face postérieure de l'épaule.

*
*
*

La clinique aidée de la bactériologie avait déjà montré la diversité de ces ulcérations des jambes, du sacrum et du coude. L'examen histologique des fragments prélevés à l'autopsie n'a fait que la confirmer.

Les ulcérations post-impétigineuses et les ulcérations ecthymateuses survenues en peau non lépromateuse ne diffèrent guère des lésions de l'ecthyma vulgaire, sauf peut-être une réaction moindre.

Nous n'avons pu examiner de bulles; une ulcération post-bulleuse devenue ecthymateuse par infection secondaire ne présentait rien de particulier.

Plus intéressante est l'étude des lépromes ulcérés.

Mais auparavant il nous faut résumer en quelques mots les caractères

des **léprome**s non ulcérés, afin de comprendre quel a été le processus secondaire ulcéreux.

Lérome ancien pigmenté sur jambe éléphantiasique. — **Épiderme** aminci et tendu, disparition des **papilles** : seuls persistent quelques longs et minces prolongements épithéliaux pleins, restes de follicules pileux déshabités.

Pas de réaction cellulaire, pas de **leucocytose** intra-épithéliale.

— Le maximum des lésions est dans la **couche papillaire et sous-papillaire**. Lésions d'ailleurs atténuées, restes minimes d'un processus éteint.

Partout le tissu conjonctif est oedématié ; les **fibrilles dissociées** fines sont distendues par l'oedème, les cellules conjonctives fixes **nombreuses**, sont en réaction inflammatoire (noyau et protoplasma basophiles, **tuméfiés**, prolongements anastomosés). Les vaisseaux sont dilatés, gorgés de **globules** rouges, leur endothélium est tuméfié, parfois desquamé, leurs cellules péri-théliales ont réagi suivant le mode inflammatoire. Le tissu élastique est très lésé.

Cà et là, au milieu de cette couche sous-papillaire ainsi modifiée, sont disséminés de petits nodules d'infiltration cellulaire à bords diffus, les uns clairs, les autres foncés, tous centrés de capillaires dilatés et enflam-més.

Les **nodules foncés** sont dus à une infiltration lymphocytaire serrée dans un fin réticulum conjonctif fibrillaire et cellulaire en réaction inflammatoire (tissu lymphoïde de formation secondaire); il s'y ajoute quelques poly-neutrophiles, de très rares éosinophiles et plasmazellen. Cependant une fois, entre deux capillaires dilatés, nous avons vu un petit nodule foncé presque exclusivement formé de plasmazellen.

Les nodules clairs sont surtout formés de cellules conjonctives basophiles en réaction inflammatoire à prolongements anastomosés le long des fibrilles collagènes devenues plus rares. Elles constituent ainsi un réseau à larges mailles, où se disséminent des lymphocytes peu nombreux et des polynu-cléaires neutrophiles en proportion presque égale. Nous n'avons vu qu'un éosinophile et deux mastzellen. C'est à cette infiltration cellulaire peu dense qu'est dû leur aspect clair.

La périphérie des nodules foncés a la même structure que ces nodules clairs.

Les bacilles sont d'une extrême rareté. C'est à peine si on en rencontre sur chaque coupe quelques-uns en dégénérescence granuleuse, à l'intérieur de deux ou trois cellules conjonctives mononucléées et non vacuolaires.

(Sur un autre lérome de structure semblable, on constate d'assez nombreuses cellules conjonctives chargées de blocs de pigment ocre.)

— Au-dessous de la couche sous-papillaire oedématiée et épaissie, infiltrée de ces nodules, le **derme** est dense, scléreux, les fibres élastiques semblent peu touchées ; les cellules conjonctives sont tuméfiées. Les vaisseaux sont tous dilatés et épaissis, plusieurs s'entourent de traînées cellulaires de monos.

— L'**hypoderme** est traversé de bandes scléreuses épaisses, ses vaisseaux sont lésés. On reconnaît un nerf dont les tubes, à gaine et à cylindre-axe conservés, sont dissociés par la sclérose.

(*Lérome sclérosé ancien du coude.*) Il diffère du précédent. — **Épiderme** épaissi à cônes interpapillaires irréguliers. — **Couche papillaire et sous-papil-**

laire. Réaction conjonctive, mais peu d'œdème, pas de nodules d'infiltration cellulaire, rien qu'une gaine d'infiltration lymphocytaire autour des vaisseaux dans les mailles du tissu conjonctif en réaction inflammatoire. Les vaisseaux sont plus lésés : l'endothélium de squame ; on note quelques thromboses. — Le derme est plus infiltré de cellules, qui toujours restent isolées ou se groupent à peine en traînées le long des capillaires à parois épaissies. En plusieurs points la sclérose dermique prend un aspect très particulier rappelant le tissu chéloïdien, les fibres conjonctives parallèles, plus fines et moins sinueuses que les faisceaux conjonctifs normaux, sont serrées les unes contre les autres, séparées par des cellules conjonctives à protoplasma basophile visible, allongé dans le même sens, le tissu élastique semble absent ; il est impossible de déceler des bacilles dans ce tissu chéloïdiforme.

— L'hypoderme est partout scléreux. à peine çà et là voit-on des flots de cellules adipeuses où les cellules réagissent, et parsemés de capillaires enflammés avec leurs manchons cellulaires.

Les processus secondaires ulcéreux modifient peu cette structure du léproma et seulement sur une bande étroite.

Léproma ulcéré de la jambe par infection secondaire. — L'ulcération profonde atteint les tissus denses fibreux du derme, le bord est net, à pic, l'épiderme sectionné est en nécrose acidophile, les cellules malpighiennes sont infiltrées de poly et de mononucléaires sur une étendue d'environ 1 à 2 millimètres. Le fond de l'ulcération est formé par le tissu lépromateux infecté : c'est une bande de la hauteur de l'épiderme et de ses papilles, formée de tissu nécrosé (acidophile), homogène, criblé de nombreux débris nucléaires de pyknose ; quelques vaisseaux ont été nécrosés en bloc avec leur contenu (orangeophile) ; on retrouve quelques cocci groupés deux par deux. Au-dessous de cette nécrose les polynucléaires sont reconnaissables, mêlés aux cellules conjonctives enflammées, tuméfiées et nombreuses entre les faisceaux conjonctifs de sclérose dissociés. Cette réaction leucocytaire et conjonctive se prolonge assez loin en diminuant peu à peu. Les vaisseaux sont dilatés, quelques-uns thrombosés.

Bientôt, autour de l'ulcération et au-dessous d'elle le léproma redevient pur.

Léproma du coude ulcéré par traumatismes répétés. — L'ulcération dépasse la couche sous-papillaire, elle ressemble à une section artificielle : les faisceaux conjonctifs sclérosés, denses, sont coupés nets, à peine leur extrémité est-elle nécrosée et près de l'ulcération les cellules conjonctives sont-elles un peu plus nombreuses, il n'y a pas de bande de réaction inflammatoire. Ce qui rend la différence plus frappante avec le processus du léproma ulcéré par infection, c'est de retrouver sur d'autres coupes de cette même ulcération du coude, des points isolés d'infection. Ces points d'infection ont une structure analogue au léproma ecthymatisé (bande nécrosée avec

débris pyknotiques, vaisseaux nécrosés en bloc, réaction leucocytaire et conjonctive, thrombose), mais ces points sont isolés sur la large ulcération et entourés de tissu érodé mais non infiltré.

Complexe et non univoque est donc la pathogénie des ulcérations des lépreux cachectiques.

. . .

EXAMEN DU SYSTÈME NERVEUX. — Tous les signes de la polynévrite lépreuse sont réunis : troubles moteurs, sensitifs, trophiques et vaso-moteurs : *on a les plus grandes peines à explorer la sensibilité en raison de l'état d'affaiblissement intellectuel du sujet et surtout de l'amnésie des faits présents si caractéristique de ce syndrome (amnésie antérograde de Charcot et Souques, continuée de Janet).*

La plupart des nerfs assez superficiels pour être explorés sont lésés, gros, moniliformes, indurés, presque tous insensibles à la pression : cubitaux, médians, brachiaux cutanés internes, cervicaux transverses, sciatique et ses deux branches terminales, cruraux. On ne sent ni les radiaux, ni les branches faciales malgré la double paralysie faciale complète à gauche, moins prononcée à droite, atteignant le groupe inférieur et le groupe supérieur.

Paralysie atrophique presque complète des extrémités : totale aux pieds et aux jambes, à la main droite ; incomplète à la main gauche et aux avant-bras. Aux membres inférieurs seuls persistent quelques mouvements de flexion de la cuisse sur le bassin, aux membres supérieurs les muscles périscapulaires et brachiaux sont presque indemnes.

Troubles sensitifs très marqués : anesthésie totale et complète à tous les modes aux pieds et aux jambes jusqu'aux genoux, aux mains jusqu'à 3 à 5 centimètres au-dessus des poignets ; elle disparaît peu à peu en remontant vers la racine du membre, la sensibilité tactile est la première à réapparaître, la thermique la dernière ; grand retard dans la perception. Il est impossible d'établir une topographie radiculaire ou tronculaire.

Réflexes disparus ou diminués dans les zones paralysées et anesthésiques : réflexes plantaires abolis ; R. rotuliens droit nul, gauche encore ébauché ; R. contro-latéraux nuls ; R. crémastériens diminués ; R. hypo et épigastriques normaux ; R. radiaux et olécraniens nuls ; massétérin absent ; R. pharyngien conservé ; R. des peaussiers diminué.

Troubles trophiques très accentués des extrémités : atrophies musculaires diffuses voilées souvent par un œdème dur ; œdème, craquelure et desquamation de l'épiderme tendu et déplissé, aminci ; cyanose et refroidissement ; déformations, résorptions osseuses, subluxations, rétractions tendineuses, grosses phlyctènes, contribution au processus ulcéreux.

Pas d'incoordination motrice.

Pas de troubles des sphincters.

HISTOIRE DU MALADE. — L'histoire de la maladie est facile à reconstituer. Le malade se souvient assez bien des choses anciennes, s'il a de l'amnésie des faits récents. Et à condition de ne point fatiguer son attention, car l'affaiblissement de la synthèse mentale est marqué, on obtient la chronologie des principales phases. Toutes les réponses du malade ont été contrôlées auprès de

ses parents et amis : cette épreuve nous a été le meilleur exemple du contraste entre l'oubli des faits présents et la conservation des souvenirs anciens. Nous ne voulons pas dire que cette histoire rétrospective a toute la précision désirable, mais on ne peut guère tirer de renseignements plus précis d'autres malades qui n'ont rien de psychique.

Il n'a pas eu la syphilis. Il a échappé au paludisme, à la dysenterie et à la fièvre jaune, car il est arrivé jeune en France.

Enfant, il était bien portant. Le premier accident lépreux fut, croit-on, à l'âge de 7 ans, une macule au visage. Malgré son peu de certitude, ce point est à noter et à rapprocher des faits d'accidents initiaux de la lèpre, décrits par Marciano et Würtz. Puis sont survenues quelques poussées aiguës très discrètes, sans troubles généraux importants, et des éruptions de taches peu nombreuses. Jusqu'à 13 ans, il reste en pension à Corbeil. Sa famille le reprend. De temps à autre surviennent quelques taches lépreuses nouvelles.

Mais tous ces accidents cutanés sont en somme aussi atténués que possible. Encore aujourd'hui, le peu de lésions cutanées contraste avec l'atteinte profonde du système nerveux. Donc si cette lèpre est mixte, tégumentaire et nerveuse, les lésions nerveuses l'emportent de beaucoup.

Le début de la polynévrite lépreuse est impossible à préciser, tant il a été insidieux. Il y a 8 ans (1897), il marchait, allait et venait sans rien ressentir, c'est peu à peu à partir de ce moment que la faiblesse, puis l'impotence des membres inférieurs se sont établies, que les mains et pieds se sont déformés et sont devenus insensibles. La lèpre semble avoir eu alors une *recrudescence terrible*, sous l'influence de causes que nous ignorons : en effet, les yeux, jusque-là indemnes, se prennent ; l'irido-choroïdite débute par l'œil gauche qui, en 1900, est perdu ; l'œil droit commence à être touché peu après : une tache blanche se développe sur la cornée et la voile ; en 1902, la cécité est complète, bilatérale.

Cependant la polynévrite progresse et l'impotence grandit. On le « ballotte », dit une vieille servante, d'un endroit à l'autre. En décembre 1904, il entre à l'hôpital de Versailles, puis, au début de 1905, dans un hôpital parisien où, isolé dans une chambre, il crut qu'on voulait l'enfermer et se mit à déraisonner. C'est le début des troubles psychiques (février 1905) ; auparavant, on n'avait pas noté de troubles mentaux : il était triste, exigeant, réclamant contre ses pansements ; il avait quelques périodes d'agitation et de surexcitation, mais son état précaire justifiait assez ce mauvais caractère et ces exigences. Dans son enfance, il n'a présenté aucun signe de débilité mentale.

HISTOIRE DE LA FAMILLE. — On trouve dans cette famille d'autres cas de lèpre et surtout la trace de la tare nerveuse, qui a permis à la lèpre d'éveiller la psychose. Plus qu'une autre parce que ses lésions frappent avec prédilection le système nerveux (ici psychose polynévritique), l'infection hansénienne peut peut-être développer les prédispositions mentales. Mais, sans cette tare psychique, la lèpre n'eût pu rien faire ; combien voit-on en effet de polynévrites lépreuses sans troubles mentaux !

Le père et la mère sont indemnes de lèpre. On ne peut ou peut-être on ne veut pas nous dire s'ils eurent des tares nerveuses.

Des 9 enfants, 5 sont morts : 2 en bas âge ; un frère aîné à l'âge de 22 ans, lépreux, a été emporté brusquement, presque subitement, par une maladie

de cœur. Deux autres sont morts loin de leur famille, on ne sait de quoi, l'un à Levallois-Perret, le deuxième à l'hôpital de Marseille. Ni l'un ni l'autre n'était lépreux.

Des 4 enfants qui restent, R... est l'aîné.

Sa sœur, âgée de 29 ans, est lépreuse et « folle ». La lèpre a débuté à la puberté, 14-15 ans. Elle était alors une « grande et belle fille ». Cette lèpre, quoique progressant, est toujours restée peu prononcée. Il y a 9 ans, elle s'est mise à « divaguer ». Elle était sombre et ne parlait plus. Les troubles mentaux n'ont fait qu'accroître, on est forcé de ne pas la quitter un instant, et elle crie « jour et nuit ». Ces renseignements sont trop peu précis pour tirer une conclusion ferme sur la forme de ces troubles mentaux. Cependant il est permis de supposer, en raison du début précoce et de la chronicité de la maladie, qu'il s'agit d'une des formes de la démence précoce. Il est à remarquer que les troubles psychiques n'existaient pas avant le développement de la lèpre, et ne sont apparus qu'après.

Les deux derniers, l'un âgé de 16 ans, résidant en France, l'autre de 21 ans, à la Guyane, « n'ont, suivant l'expression même de la famille, encore rien ! »

Donc, ascendants indemnes.

Des 9 enfants, 3 lépreux, et de ces 3 lépreux, 2 aliénés.

5 morts, dont 1 lépreux.

4 vivants, 2 indemnes.

2 à la fois lépreux et aliénés.

En résumé, toutes les lésions sont cutanées et névritiques : œdème et cyanose, lépromes pigmentés et ulcérations, paralysie et anesthésie, déformations et rétractions, atrophies diffuses. La lèpre a eu sur la peau et surtout sur les nerfs ses majorations. Les autres systèmes organiques sont indemnes ou leurs lésions restent latentes ; le foie seul est lésé, gros, débordant de deux travers de doigt le rebord des fausses côtes, la rate ne se sent pas. Le cœur et les poumons paraissent sains. Lorsque le malade ne se condamne pas à l'inanition, les fonctions digestives sont normales et l'appétit reste bon. Les urines ne contiennent ni albumine ni sucre. Il n'y a pas de fièvre.

Les poussées cutanées étant éteintes, les lépromes ne subsistent plus que sous forme d'infiltrations inertes et de pigmentation, la maladie se réduit à la polynévrite ; en effet, les ulcérations des membres inférieurs et du coude gauche sont plus des ulcérations par infections banales ou traumatismes répétés que des troubles trophiques.

Donc, en mars 1905, lèpre tégumentaire discrète : à peine quelques macules au visage et aux bras ; — terribles lésions oculaires, cécité totale ; — lésions nerveuses très prononcées, faiblesse des bras avec déformations des mains (griffe cubitale droite), impotence des membres inférieurs, anesthésie, troubles trophiques : ulcérations par infection, troubles psychiques. La maladie semble avoir évolué en trois périodes : jusqu'à 1897, lèpre tégumentaire bénigne, .

puis début de la polynévrite et de l'irido-choroïdite double aboutissant à l'impotence progressive des membres inférieurs et supérieurs, à la paralysie faciale et à la cécité bilatérale (1900-1902) ; enfin, en janvier 1905, psychose polynévritique.

HISTOIRE DU MALADE PENDANT SON SÉJOUR A SAINT-LOUIS. — En avril 1905, il entre à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le professeur Gaucher, que nous ne saurions trop remercier des renseignements qu'il a bien voulu nous donner. Pendant ce séjour, la maladie progresse, l'impotence et les troubles psychiques s'accroissent, de nouvelles ulcérations, les eschares fessières se développent ; au début de juin, le léprome de la face postérieure du coude gauche, sur lequel il avait l'habitude de s'appuyer, s'ulcère.

Le 19 août 1905, il entre salle Hillairet ; il y meurt le 2 octobre.

L'état se modifia peu pendant les derniers temps. C'était les *mêmes troubles mentaux* : même affaiblissement intellectuel, mêmes idées hallucinatoires, même amnésie antérograde : croyant qu'on voulait l'empoisonner, il s'était condamné à plusieurs périodes *d'inanition*. Les ulcérations se modifiaient peu : on remarqua cependant que l'eschare fessière plus violacée se creusait davantage. Les troubles paralytiques et anesthésiques restaient les mêmes. L'œdème du décubitus, localisé longtemps à la région lombo-sacrée, se mit à gagner le côté droit (Décubitus latéral droit).

Aucune phase aiguë ne vint hâter cette fin : la température, la veille de la mort, était de 38° 4 ; pas d'albumine. Toute l'après-midi du 1^{er} octobre, il répéta les mêmes questions, il croyait quelqu'un à côté de lui et l'appelait ; c'étaient les mêmes hallucinations : « Quelque chose vole sur ma figure à gauche », etc. ; « ma mère, dites-moi si c'est vrai, j'ai confiance en vous, je vous croirai » ; c'était le même oubli instantané des faits : il soutint que son oncle ne lui avait pas dit au revoir. Le soir, il a demandé à manger et a mangé des « tripes » qu'il avait vivement réclamées, se mordant les doigts et les lèvres sans s'en apercevoir ; peu après il s'est plaint (c'était la première fois) de son côté droit qui était un peu enflé ; il toussait à chaque déglutition, mais la respiration était normale.

La nuit fut calme ; il appela le veilleur du nom d'un autre infirmier ; à 5 heures du matin (2 octobre), la Mère le trouva assis, il voulait se lever et demandait « son paquet » pour s'en aller.

La Mère l'a changé ; son côté droit était moins enflé que la veille, un peu cyanotique ; il en souffrait un peu ; il a bu, toussant à chaque gorgée, puis il s'est tu, s'est appuyé sur son oreiller, la tête fixe et le facies inerte, comme il en avait l'habitude. Après avoir un peu râlé, il est mort calme à 7 h. 40 du matin (2 octobre 1905), ayant conservé jusqu'au bout conscience de soi.

Cette mort ne peut s'expliquer que par le *progress lent de la cachexie* lèpreuse, puisqu'aucune phase aiguë, aucun incident nerveux (1), pulmonaire, cardiaque ou rénal n'est survenu.

L'intérêt dermatologique de cette observation est dans l'étude des ulcérations. L'association de l'observation clinique et de la bac-

(1) Pas de névrites terminales du phrénique ou du pneumo-gastrique, qui si souvent provoquent la mort dans les polynévrites aiguës.

tériologie avait permis, pendant la vie du malade, de montrer la diversité de ces ulcérations à la jambe: les unes simples, impétigo ou ecthyma en peau non lépreuse ou greffé sur léprome, les autres succédant à des bulles trophoneurotiques; — au sacrum, mélange de léprome et d'eschare cachectique; — au coude, ulcération traumatique sur léprome. L'examen des fragments des diverses ulcérations prélevés à l'autopsie a confirmé les données de la clinique et de la bactériologie.

Autopsie de lèpre mixte (3^e Mémoire). Lésions viscérales: foie, rate et testicules lépreux. La sclérose lépreuse.

PAR MM. DE BEURMANN, ROUBINOVITCH ET GOUGEROT.

La partie psychopathique de cette observation a été présentée à la Société de Neurologie (4^{er} mars 1906), et la partie dermatologique à la Société de Dermatologie (5 avril 1906), à propos de la pathogénie des ulcérations des lépreux.

L'examen du système nerveux a été rapporté ailleurs (*Bulletin médical*, n° 24, 1906). Nous rappelons simplement le contraste entre les lésions énormes et spécifiques des nerfs (névrite mixte nodulaire due aux bacilles de Hansen) et les lésions diffuses très légères, non caractéristiques, des centres nerveux, moelle et encéphale.

L'autopsie a été faite 25 heures après la mort; elle a pu être complète.

Péricarde indemne.

Le cœur est *petit et gras*. Sa face antérieure est presque voilée par l'infiltration adipeuse sous-péricardique (particularité rencontrée assez souvent à l'autopsie des lépreux).

Les plèvres sont indemnes.

— Les *poumons* sont *sains*, sauf congestion œdémateuse des bases.

Pas de tuberculose.

A l'examen histologique, congestion des capillaires alvéolaires, œdème intra-alvéolaire sans lésions nettes de l'épithélium. Pas de bacilles. Ça et là, rare hémorragie intra-alvéolaire et desquamation de l'épithélium. Bronches indemnes.

— Les *reins*, de poids normal (175 et 170), sont un peu pâles et leur substance corticale paraît plus dure.

Histologiquement, les lésions sont minimales et localisées en flots près de la capsule fibreuse un peu épaissie. On observe là une légère sclérose intertubulaire faite de fines fibres conjonctives et de cellules conjonctives à noyau ovalaire. L'épithélium des tubuli contorti est à seulement un peu abrasé et vacuolaire (lésions agoniques et cadavériques?). On note encore quelques rares cylindres intratubulaires, les glomérules sont intacts, un peu congestionnés; leur capsule n'est pas épaissie.

Pas de bacilles.

Tout le reste du rein est normal

La seule lésion un peu particulière est la *dilatation considérable de plusieurs capillaires sanguins appliqués contre la capsule fibreuse du rein*, assez gros pour être visible à l'œil nu. Leur paroi est uniquement conjonctive, ce ne peut donc être des veinules; ils contiennent des globules rouges, ce sont donc des capillaires sanguins; leur *endothélium est normal*, à peine tuméfié; ça et là les parois de ces capillaires présentent des points isolés d'infiltration lymphocytaire, formant des sortes de *nodules lymphoïdes* au-dessous de l'endothélium; il est impossible d'y déceler des bacilles.

Cette presque intégrité des reins n'est pas pour nous étonner.

« Les cas d'infiltration lépromateuse du rein, dit Jeanselme, sont tout à fait exceptionnels. Hedeinus a décrit un léprome. Doutrelepont et Wolters une légère sclérose périvasculaire parsemée de cellules lépreuses et des bacilles dans les glomérules. D'ordinaire, on ne trouve que de petits amas bacillaires qui ne provoquent aucune réaction des tissus. » Le plus souvent, les altérations rénales ne sont pas bacillaires et directement lépreuses : gros rein blanc avec ou sans dégénérescence amyloïde; petit rein contracté.

Péritoine sain.

— *Foie*. — *Le foie est gros* (1810 gr.) et pâle, dur et *scléreux*; en coupe, nombreux flots périportaux de sclérose, sans tendance à la formation d'anneaux.

Histologiquement : *sclérose insulaire ou columnaire des espaces portes*, à topographie surtout *péribiliare*, sclérose adulte avec infiltration de très nombreuses cellules conjonctives jeunes et de lymphocytes formant parfois même des nodules diffus à l'intérieur du tissu de sclérose. Malgré de nombreuses recherches, on n'a pas pu rencontrer de bacilles nettement colorés.

La sclérose est strictement limitée à l'espace porte, nulle tendance à la sclérose intralobulaire et monocellulaire. A peine note-t-on à l'intérieur du lobule, à sa périphérie, quelques cellules lympho-conjonctives plus nombreuses que d'ordinaire et qui deviennent plus rares à mesure qu'on s'éloigne de l'espace porte. On n'y voit pas de fibres conjonctives intertrabéculaires. La limite est tranchée entre le lobule et la sclérose périportale, marquée par une sorte d'infiltration cellulaire diffuse, composée de cellules conjonctives jeunes et de mononucléaires siégeant dans les dernières travées conjonctives scléreuses de l'espace porte. Du côté du lobule, cette infiltration cesse brusquement; vers l'espace porte, elle s'atténue peu à peu.

Ces flots de sclérose n'émettent pas de prolongement fibreux; ils n'ont aucune tendance à devenir annulaires.

L'espace portite est totale, mais la prédominance péribiliare est d'une grande netteté. Les veines n'ont qu'un épaississement peu marqué de leur tunique externe. Donc périphlébite légère, mais pas d'endophlébite. Ce tissu conjonctif périveineux est diffus, peu épais et peu dense, parsemé de rares cellules conjonctives. Les artères semblent plus lésées, mais dans leur tunique externe seule. Pas d'endarterite actuelle, mais quelques anneaux denses de périartérite fibreuse et des points d'endarterite ancienne. Au contraire, les lésions péribiliaries sont très accentuées. L'épithélium biliaire semble partout respecté, mais la tunique conjonctive est quadruplée, et même quintuplée d'épaisseur. Ce sont des anneaux épais d'un tissu conjonctif dense, peu cellulaire, tranchant sur le tissu plus lâche du reste de l'espace porte. Ainsi ressort avec une grande netteté la périangiocholite fibreuse.

C'est surtout dans les espaces portes moyens et grands que l'on observe cette périangiocholite fibreuse non confondue avec le reste de l'épanouissement conjonctif de l'espace porte. Dans les petits espaces portes terminaux, les lésions sont plus jeunes, la sclérose est naissante, c'est une infiltration de cellules conjonctives à noyau ovalaire et de mononucléaires serrés, mais non confluent, ordonnée autour des petits vaisseaux biliaires. Parfois cette infiltration cellulaire y devient si dense qu'elle forme un nodule diffus : il a été impossible d'y retrouver le bacille de Hansen, pas plus d'ailleurs que d'autres microorganismes.

Formation de quelques néocanalicules biliaires dans les espaces portes terminaux.

Pas de sclérose péricusépatique, les veines cusépatiques sont normales : seuls quelques gros rameaux paraissent avoir leur tunique externe un peu épaissie.

Le parenchyme hépatique ne présente qu'une infiltration graisseuse périportale. L'ordination trabéculaire et cellulaire est conservée. La zone péricusépatique est formée de cellules normales.

Dans la zone périportale, les travées paraissent plus étroites ; séparées par des capillaires plus larges, les cellules non dégénérées et sans réaction du noyau ont leur protoplasma surchargé de gouttelettes graisseuses de grosseur inégale, unique ou multiple. Pas de dégénérescence pigmentaire. Ce sont donc des lésions légères, mais diffuses.

Pas ou peu de périhépatite. Pas d'adénopathie hilar.

Pas de lésions péritonéales ni d'ascite.

Cette cirrhose hypertrophique péricusépatique est-elle due à la lèpre ou à un processus surajouté ? Il n'est pas inutile de rappeler que ce malade n'a jamais eu d'autre infection que la lèpre, qu'il n'était ni tuberculeux ni syphilitique, qu'envoyé jeune en France il avait échappé à la dysenterie, au paludisme, à la fièvre jaune, aux diarrhées exotiques, qu'il n'avait jamais eu d'ictère. Aussi inclinons-nous à voir dans cette cirrhose le reste d'un processus lépreux. Nous ne constatons plus que le processus scléreux de guérison (1) qui s'est substitué aux infiltrats lépromateux et bacillaires, de même qu'à la peau les infiltrats cellulaires ont été remplacés par du tissu de sclérose, çà et là parsemé de rares nodules où l'on ne retrouve que difficilement quelques bacilles. Ne voit-on pas des lésions semblables produites par la tuberculose ? — L'infection lépreuse du foie a certainement été vasculaire, tout ce que nous savons de la lèpre nous le prouve, les périartérites, les points d'endartérite ancienne en sont ici témoins. Pourquoi donc la sclérose est-elle surtout et avant tout péricusépatique ? L'exemple de la tuberculose nous montre qu'une infection sanguine peut déterminer des lésions péricusépatiques et biliaires. Ser-

(1) L'absence de bacilles n'est donc pas étonnante, la rate du malade est, elle aussi, abacillaire parce que scléreuse : « la rate renferme toujours des bacilles, alors même qu'elle paraît absolument saine » (Jeanselme). Comme au foie, ils y existaient donc, mais la sclérose de guérison les a fait disparaître.

gent a même réalisé expérimentalement la tuberculose biliaire par voie sanguine. L'origine artérielle de cette infection nous explique peut-être l'intégrité remarquable des épithéliums biliaires.

Cette forme du foie lèpreux, cirrhose hypertrophique péribiliaire, ne nous semble pas avoir été signalée. L'histoire des cirrhoses lèpreuses commence d'ailleurs à peine.

Tout autre est d'ordinaire le foie des lèpreux (Jeanselme) : « La glande hépatique, augmentée de poids et de volume, a souvent l'aspect du *foie cardiaque*;... la dégénérescence amyloïde est fréquente.... L'infiltration du tissu interstitiel est déjà visible à l'œil nu, elle siège surtout dans les espaces portes où elle arrive à constituer des *nodules* assez volumineux contenant de petites cellules. Quelquefois on voit aussi des *nodules lèpreux* dans les *zones sus-hépatiques* légèrement sclérosées. Les *bacilles fourmillent* dans toutes ces lésions... Des boules bacillaires peuvent s'arrêter dans les capillaires sans provoquer de réaction. D'autres fois l'endothélium disparaît; il pourrait, d'après certains, se transformer en cellules géantes.... Au voisinage des lépromes les cellules hépatiques peuvent s'hypertrophier » et contenir de rares bacilles.

Les auteurs nous semblent donc avoir observé des lésions naissantes, dont certaines pourraient peut-être finir par une cirrhose analogue à la nôtre.

— La RATE n'est pas hypertrophiée (210 gr.).

Elle est pâle et scléreuse.

Périsplénite fibreuse.

Sclérose diffuse et périartérite dense, fibreuse, épaisse, dessinant de larges travées roses sur le fond bleu du parenchyme (éosine-bleu). Ça et là des points d'endarterite ancienne. Les vaisseaux ne sont pas dilatés, les capillaires sont pauvres de globules rouges (rate anémique).

Les corpuscules de Malpighi semblent diminués de nombre et de taille, il n'en reste plus à centre clair. Leurs éléments cellulaires sont normaux.

Pas de réaction myéloïde nette.

La pulpe est sclérosée, sa trame conjonctive est en réaction inflammatoire, les macrophages sont nombreux, phagocytant les globules rouges et chargés de pigment, les polynucléaires neutrophiles et surtout éosinophiles sont nombreux. Ça et là on voit une plasmazelle.

Pas de lépromes, pas de cellules lèpreuses, pas de bacilles.

C'est, en résumé, une *sclérose infectieuse de la rate, périartérielle et pulpaire*, d'origine *lèpreuse*. La lésion est assez comparable à celle du foie; le processus d'origine artérielle est maintenant éteint, donc abacillaire.

— Les deux testicules sont atteints.

Le droit est méconnaissable, réduit à un nodule sphérique dur, d'environ 8 millimètres de diamètre, perdu au milieu d'un gros peloton graisseux à

enveloppe fibreuse. Des artères et des veines, épaisses et fibreuses, une ébauche de cordon, se rendent à ce moignon glandulaire. Ce testicule atrophie est formé par une capsule fibreuse épaisse émettant des cloisons rectilignes à partir d'un point qui représente peut-être le hile. Ces cloisons se divisent en sous-cloisons, d'où la formation d'une cinquantaine de logettes contenant un tissu conjonctif peu dense avec quelques cellules conjonctives et des mastzellen; au centre de chacune est une lumière glandulaire, bordée par une assise épithéliale cylindrique ou polygonale égrenant des blocs amorphes acidophiles à l'intérieur du conduit glandulaire. En plusieurs points les cellules paraissent ciliées. Autour de chaque tube épithélial, très distantes les uns des autres par la large sclérose, les cellules conjonctives sont nombreuses, à noyau ovalaire et incurvé, ordonnées concentriquement à la paroi de l'épithélium.

On ne trouve pas d'épididyme.

Pas de bacilles.

Est-ce un testicule autrefois sain, complètement atrophie par la lèpre, et où persistent des tubes glandulaires méconnaissables? Est-ce un testicule congénitalement anormal que la lèpre n'a fait que scléroser en respectant les tubes épithéliaux? Nous le croirions plutôt; les lésions de l'autre testicule sont autres et, quoique plus prononcées, ayant même détruit les épithéliums, elles permettent de retrouver le schéma d'une structure autrefois normale.

Testicule gauche. — Diminué de volume, dur et fibreux, entouré d'une vaginale libre.

Sclérose diffuse de la capsule fibreuse épaissie et des septa. Ce squelette fibreux épaissi a conservé son ordination normale et chaque vestige de tube est isolé dans une maille conjonctive à peine épaissie par une fente claire de tissu conjonctif lâche contenant quelques cellules conjonctives à noyau ovalaire. Autour de quelques artérioles on voit à peine un minime flot de sclérose. Ce processus scléreux du stroma s'efface donc devant la sclérose intense qui a détruit les tubes. Des cellules conjonctives plus nombreuses que normalement parsèment la trame sclérosée: ça et là, il en est une bourrée de bacilles, vacuolaire ou non. Près de la capsule vaginale, elles se groupent en quelques infiltrats diffusant entre les tubes autour d'un capillaire à parois épaisses. Ce sont des cellules conjonctives à noyau allongé dont quelques-unes vacuolaires et bacillaires, deux ou trois mastzellen. L'un de ces infiltrats contient de nombreux macrophages chargés de débris hémoglobiniques.

A la place de chaque tube glandulaire détruit, on voit un *bloc fibreux* de moindre grosseur que lui, si l'on compare des coupes de testicule sain. Ce bloc est formé de substance collagène claire homogène, non fibrillaire, à peine traversée de quelques fibrilles et parsemée de très rares cellules conjonctives normales à noyau ovalaire. Dans chacun on voit *plusieurs leprazellen* (4 à 6), cellules vacuolaires et bacillaires, tantôt à une seule vacuole énorme qui a refoulé et aplati le noyau, tantôt à multiples et fines vacuoles (1). Ces cellules vacuolaires donnent à ces blocs fibreux un aspect troué très particulier.

Le centre des blocs est tantôt plein, tantôt vide, en forme de fente très

(1) Tous les intermédiaires relient ces leprazellen au macrophage et à la cellule conjonctive tuméfiée.

aplatie acellulaire, tantôt occupé par une grosse leprazellen à énorme vacuole qui peut-être représente le reste dégénéré de l'épithélium glandulaire (?).

Ces blocs fibreux parsemés de quelques leprazellen se sont formés selon toute vraisemblance par réaction et épaissement de la paroi conjonctive propre des tubes séminifères : le processus fibreux a peu à peu étouffé les débris glandulaires dégénérés lépromateux détruits, qui parfois persistent sous forme d'une leprazelle à grosse vacuole, il a pris leur place. D'autres fois la lumière persiste, très réduite et vide d'éléments, souvent elle a disparu. Les leprazellen sont des cellules conjonctives normales proliférées de cette paroi propre et dégénérée (d'où la rareté des cellules normales).

Plusieurs des blocs nous ont paru parcourus par un ou deux très fins capillaires à paroi formée d'une seule cellule endothéliale et contenant un ou deux globules rouges. Cette fréquence des leprazellen dans l'intérieur des blocs fibreux contraste avec leur rareté dans le stroma conjonctif inter-tubulaire. Les bacilles n'existent donc guère que là, très rares dans le stroma, exceptionnels dans la vaginale (un seul paquet), ils sont d'ailleurs peu nombreux, ce qu'explique sans doute l'ancienneté du processus.

Tous les tubes sont ainsi détruits et transformés en blocs fibreux, sauf pour un seul lobule du pôle supérieur, là la charpente du stroma est tapissée par des débris épithéliaux aplatis, pâles, nécrosés, à noyau flou, revêtant souvent le type de cellule géante, vacuolaire, contenant de très rares bacilles (dégénérescence lépromateuse de l'épithélium). Ces débris tapissent tout le tour de la logette fibreuse et laissent un large vide.

Les artérioles sont atteintes de périartérite et endartérite fibreuses anciennes ; les capillaires à parois scléreuses sont dilatés et gorgés de globules rouges.

L'épididyme est remplacé par un tissu dense de sclérose, où les tubes ont disparu.

Les vaisseaux du cordon sont tous lésés ; le canal déférent n'est pas reconnaissable.

En résumé, orchite fibreuse lépreuse bacillaire : sclérose diffusé légère du stroma qui a conservé son architecture normale avec, ça et là, de petits infiltrats cellulaires, lésions énormes et diffuses des tubes glandulaires tous détruits et remplacés par des blocs fibreux parsemés de leprazellen.

Cette sclérose intense tubulaire est preuve de l'ancienneté du processus.

D'ordinaire, l'orchite est moins prononcée et nous ne connaissons pas de cas où elle ait atteint ce degré ; même dans les cas anciens, il persiste des débris non contestables d'épithélium ; les bacilles sont nombreux.

D'une extrême fréquence, cette orchite lépreuse est tantôt marquée à son début par des poussées aiguës, tantôt insidieuse ; c'était notre cas.

D'ordinaire, c'est une orchiepídidymite, presque toujours bilatérale. A l'inverse de la tuberculose, le cordon et la vaginale sont indemnes ; rarement, épanchement dans la vaginale.

Le testicule est lisse ou bosselé de tubercules petits et durs.

Histologiquement, le tissu conjonctif intertubulaire est sclérosé, infiltré de grosses cellules (1) vacuolisées et bacillaires, tantôt disséminées sans ordre, tantôt groupées en nodules assez distincts. On voit aussi des boules bacillaires et des bacilles libres dans le tissu de sclérose. Ça et là ces nodules imbriquent leurs cellules en « bulbe d'oignon » autour d'une artériole bourrée de bacilles.

Jeanselme a vu une fois ces cellules bacillaires former immédiatement au-dessous de l'abuginée une couche continue. Donc, extrême richesse bacillaire.

La membrane propre des tubes séminifères est toujours épaissie ; elle reste homogène ou elle est dissociée par des cellules fusiformes, bacillaires, disposées en couches concentriques. La lumière des canalicules est représentée par une fente comblée de cellules épithéliales desquamées et d'énormes amas microbiens. Artères épaissies. Endartérite. L'épithélium sécréteur n'est pas toujours détruit. Jeanselme l'a même vu proliférer en un petit adénome. Dans un cas au milieu des tractus sclérosés, les tubes séminifères presque normaux n'étaient reliés entre eux que par un tissu cellulaire lâche.

Souvent même les lésions sont minimes, touchant à peine le tissu interstitiel, laissant indemnes les tubes glandulaires ; les bacilles sont d'une extrême abondance dans le stroma conjonctif, entourant les tubes qu'ils ne pénètrent pas. A la fin d'une lèpre nerveuse, où il est si souvent difficile de retrouver, même dans les nerfs, le bacille de Hansen, Émile Weil a vu un de ces testicules peu touché (quoique privé de spermatozoïdes), bourré de bacilles ; ce cas est d'autant plus intéressant que le testicule était le seul organe où l'on ait trouvé ces bacilles, où l'on ait pu affirmer histologiquement la lèpre ; tous les autres organes étaient abacillaires, sauf la rate et la moelle, où une longue recherche en trouvait de très rares.

Cette autopsie est un *exemple des réactions fibreuses que peut déterminer la lèpre*. Cette sclérose est l'aboutissant des infiltrats lépromateux bacillaires et provoquée par eux. Dans les nerfs elle aboutit à cette névrite interstitielle si prononcée ; à la peau elle remplace les infiltrats cellulaires, qui, parfois, ont disparu, parfois ne subsistent plus que sous forme de petits nodules ou traînées périvasculaires, très pauvres de bacilles ; dans le derme elle va souvent jusqu'à donner l'aspect du tissu chéloïdien ; aux testicules elle détruit la glande, laissant à la place des tubes séminifères un tissu conjonctif riche de leprazellen et de bacilles. *Dans tous ces organes, à côté de la sclérose on retrouve encore le tissu spécifique lépreux : leprazellen et bacilles ; dans d'autres organes (foie et rate) la sclérose existe seule, l'infiltrat cellulaire lépreux et les bacilles ne sont plus retrouvables, c'est un degré de plus dans l'évolution scléreuse.* La constance des lésions et des bacilles dans la rate de tous les cas récents nous prouve cependant qu'ils ont existé.

(1) D'après JEANSELME, P. M. 1900, p. 389.

En résumé: 1° *la lèpre est capable de provoquer des scléroses dans les nerfs, la peau et les viscères* (orchites, cirrhose hypertrophique périliliaire, sclérose splénique...), on en observe *tous les degrés* ;

2° *Cette sclérose est l'aboutissant du processus lépromateux des infiltrats cellulaires et bacillaires qui souvent persistent encore, mais qui parfois ont disparu.*

3° Elle semble due à *l'action directe des bacilles* ; c'est donc un *processus local de réaction conjonctive.*

Herpès circiné trichophytique chez un enfant de 15 jours.

Par MM. DANLOS et DEHÉRAIN.

Il s'agit d'un enfant entré dans le service à l'âge de 20 jours et portant sur la fesse et la cuisse gauches six plaques annulaires rouges surmontées de fines vésicules lactescentes dont le centre était sain ou légèrement squameux.

L'apparence était typiquement celle de l'herpès circiné parasitaire,



FIG. 1. — Herpès circiné trichophytique chez un nouveau-né de 15 jours.

et le microscope montra qu'il s'agissait effectivement de trichophytie.

M. Sabouraud, qui voulut bien se charger de faire la culture, reconnut l'existence d'une espèce particulière de trichophytie, dite

par lui *trichophytie des plis*; espèce qui a déterminé déjà plusieurs épidémies, surtout chez les jeunes sujets. La relation d'une de ces épidémies, a été donnée par Frèche et Dubreuilh (de Bordeaux); M. Sabouraud en a observé une dans une grande école de Paris; et dans ces derniers cas, comme la maladie siégeait aux plis inguinaux et qu'il s'agissait de grands jeunes gens, on avait soupçonné la syphilis.

Chez notre petit malade, la maladie datait des premiers jours de l'existence, car la mère l'avait remarquée dès le quinzième jour, époque où elle avait commencé à emmailloter elle-même son enfant.

Elle n'avait d'ailleurs sur elle aucune éruption semblable et disait que depuis le jour où elle l'avait remarqué, le mal s'était étendu très rapidement. Cette rapidité d'évolution est probablement en rapport avec une qualité particulière de l'épiderme chez les nouveau-nés.

La guérison a été obtenue très facilement avec quelques badigeonnages de teinture d'iode étendue au dixième dans de l'alcool.

Ce cas est probablement le premier exemple connu d'une trichophytie développée sur un sujet aussi jeune.

Le secrétaire :

E. LENGLET.

SÉANCE DU 3 MAI 1906

Présidence de M. Alfred Fournier.

SOMMAIRE. — Ouvrages offerts à la Société. — A l'occasion du procès-verbal : Sur le traitement local des syphilides, par M. HALLOPEAU. — Rapport sur la gestion du Comité de direction et la situation morale de la Société, par M. DANLOS, secrétaire général. — Sur un diagnostic tardif de syphilis facilité par un nouveau procédé d'investigation, par MM. HALLOPEAU et DONZÉ. (Discussion : MM. A. FOURNIER, HALLOPEAU.) — Sur un cas de xanthome tubéreux et en tumeurs juvénile offrant les caractères du xanthome diabétique, par MM. HALLOPEAU et MACÉ de LESPINAY (Discussion : MM. DARIER, HALLOPEAU.) — Sur une corne probable de la lèvre, par MM. HALLOPEAU et DONZÉ. — Sur la pathogénie du doublement d'une orchite syphilitique, par M. HALLOPEAU. — A propos de l'intoxication d'origine bismuthique chez le malade présenté par M. A. RENAULT, par M. LAFAY. (Discussion : MM. A. RENAULT, A. FOURNIER, CHOMFRET, BROcq, LÉVY-BING, LENGLET, LAFAY, HALLOPEAU.) — Ulcération linguale chez une enfant de 11 ans; syphilis acquise, datant de deux ans, par MM. GAUCHER et MALLOIZEL. — Perforation gommeuse hérédosyphilitique du voile du palais chez une jeune fille vierge, de 15 ans, par MM. GAUCHER et MALLOIZEL. — Epithélioma du dos de la main, par M. MORESTIN. — Epithélioma du pavillon de l'oreille propagé à la région parotidienne, par M. MORESTIN. — Cas de pityriasis rubra pilaris chez une femme, par M. J. BRAULT. — Nouveau mode de préparation du benzoate de mercure, par MM. DESMOULIÈRE et LAFAY. — Éruption iodique retardée, par M. MOTY. (Discussion : M. A. FOURNIER.) — Tertiariisme précoce (chancres phagédéniques et perforation du voile du palais), par M. CARLE. — Élections.

Ouvrages offerts à la Société.

LARA. — *Étiologie et pathogénie de la lèpre*, 1906.

HERXHEIMER. — Zur Kenntniss der Spirochæta pallida. Extr. : *Münchener medizin. Wochenschr.*, 1905.

HERXHEIMER et LÖSER. — Ueber den Bau der Spirochæta pallida. *Aus der Hautkrankenstation des städtischen Krankenhauses in Frankfurt.*

HERXHEIMER et MARIE OPIFICIUS. — Weitere Mitteilungen über die Spirochæta pallida. Extr. : *Münchener medizin. Wochenschr.*, 1906.

THIEME. — Ueber Darstellungsweise und Befund der bei Lues vorkommenden Spirochæta pallida. Extr. : *Deutschen medizin. Wochenschr.*, 1905.

Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, 1905.

M. LE PRÉSIDENT informe la Société du décès du Professeur Haslund (Alex.)

professeur de dermatologie et de syphiligraphie à l'Université de Copenhague, membre correspondant de la Société. Il fait l'éloge du défunt.

A L'OCCASION DU PROCÈS-VERBAL

Sur le traitement local des syphilides.

Par M. H. HALLOPEAU.

Dans la dernière séance, à propos de ma communication sur *l'action locale de la pommade au calomel dans un cas de syphilides tubéreuses et hyperpigmentées du visage*, M. Danlos a fait observer que ce mode de traitement était employé depuis longtemps et qu'il avait appris de son maître Lailler à en faire usage.

Je suis loin d'avoir revendiqué à ce sujet la priorité : les avantages du traitement mercuriel local dans les syphilides ont été en effet à diverses reprises préconisés ; Diday en particulier lui a apporté l'appui de sa grande expérience ; M. A. Fournier l'a de même fréquemment conseillé. On ne peut dire cependant qu'il soit uniformément répandu dans la pratique courante ; ouvrez les traités spéciaux ; cherchez-y les pages consacrées au traitement du chancre induré : vous y verrez conseillées le plus souvent des applications banales, nullement spécifiques. Pour ma part, et c'est, je crois, ce qui m'est personnel, j'emploie *systématiquement* ce traitement local dans toute syphilide accessible à son influence : c'est ainsi que j'applique sur le chancre induré la pommade au calomel ou de l'ouate imprégnée de la solution de sublimé au cinq millième ; que je conseille les mêmes moyens contre les plaques muqueuses, ou, si elles sont limitées, particulièrement à la langue, la cautérisation par le nitrate acide avec les précautions nécessaires ; contre les syphilides serpigineuses, soit l'emplâtre de Vigo ou de Vidal, soit les moyens indiqués précédemment si elles sont ulcérées ; contre les syphilis oculaires, un collutoire renfermant un vingt-millième de sublimé ; contre les syphilides généralisées, les bains de sublimé ; contre l'ozène spécifique, les pulvérisations avec la solution de sublimé ; contre les manifestations dans le tube digestif ou le foie, le calomel. Dans un seul cas, j'associe au traitement spécifique local des cautérisations avec le nitrate d'argent, c'est lorsqu'il s'agit de plaques muqueuses ou de tubercules ulcérés et végétants au niveau desquels il existe une infection associée.

Si je ne me trompe, cette systématisation du traitement mercuriel local, sur laquelle j'ai insisté déjà à plusieurs reprises, ne doit **pas** être regardée comme banale et je la considère comme étant d'une grande utilité pratique.

Rapport sur la gestion du Comité de direction et la situation morale de la Société.

Par M. DANLOS, secrétaire général.

Un article de nos statuts a décidé que l'Assemblée annuelle doit entendre deux rapports, l'un sur la gestion du Comité de direction, l'autre sur la situation financière et morale de la Société.

Au cours de l'année qui vient de s'écouler, le Comité n'a pas eu l'occasion de faire acte de direction; par conséquent, le rapport sur sa gestion n'est pas nécessaire; mais un scrupule m'arrête au sujet de la situation morale de la Société. Je ne comprends pas bien la portée de l'expression, et je me demande ce que veut dire le mot *situation morale* appliqué à une Société purement scientifique. En y réfléchissant, j'imagine que l'auteur des statuts a voulu parler de l'autorité morale de notre Société; autorité dont la mesure est la valeur de son activité scientifique; et par cette interprétation, je ne crois pas trahir sa pensée. J'y répondrai en disant que jamais l'activité scientifique de la Société n'a été plus grande. Nos ordres du jour sont tellement chargés que la durée de nos séances ne suffit pas à les épuiser; et que l'on est trop souvent contraint de sacrifier un peu les dernières communications. Les présentations de malades sont aussi nombreuses qu'intéressantes et les discussions qu'elles soulèvent, bien que parfois un peu animées, restent toujours courtoises. En un mot, la prospérité scientifique est incontestable. Je ne veux pas dire cependant que tout soit parfait. Quelques améliorations pourraient être réalisées. Si nous disposions d'un local plus étendu, il y aurait avantage à y réunir d'avance les malades présentés, pour les soumettre à l'examen préalable des membres de la Société; les observations faites à leur sujet seraient ainsi plus complètes et souvent plus intéressantes. Il serait à désirer aussi qu'il y eût un peu moins de désordre au moment des présentations; car vous savez que l'affluence autour des malades est une gêne réelle pour les secrétaires, qui dans ce brouhaha ont quelque peine à entendre la voix du présentateur et à saisir les observations; mais ce sont là des détails accessoires sur lesquels il n'y a pas lieu de trop insister. Pour bien juger de notre activité scientifique, il suffirait d'ailleurs de jeter un coup d'œil sur nos bulletins, et puisque je parle de ceux-ci, vous n'avez pas été sans remarquer que plusieurs numéros de cette année ont paru avec quelque retard. C'est un fait regrettable dont je m'efforcerai d'empêcher le retour; mais il me faut pour cela l'aide et la bonne volonté de tous. Pour que le *Bulletin* puisse paraître quelques jours avant la séance qui suit celle dont il rend compte, il faut que les manuscrits soient remis au secrétaire le vendredi, au plus tard le samedi matin après la communication,

de manière que le manuscrit général soit établi et remis à l'impression dès le lundi qui suit la séance. Il faut que les auteurs fassent leurs corrections dans le délai réglementaire de quarante-huit heures.

Quand ces conditions ne seront pas remplies, je me verrai avec regret dans l'obligation de remettre les communications en retard au *Bulletin* suivant. L'intérêt général exige, en effet, que chaque numéro paraisse avant la séance du mois suivant; et, aux termes de notre accord avec l'imprimeur, un délai de dix jours est de droit entre la date du bon à tirer et celle de l'apparition du *Bulletin*; ce qui réduit considérablement le temps dont nous disposons nous-mêmes.

Vous avez pu voir, dans notre dernier numéro, des figures noires encadrées dans le texte: c'est une innovation un peu coûteuse, mais qui augmentera beaucoup la valeur de cette publication. Nous avons l'intention de multiplier ces dessins autant que le permettra l'étendue malheureusement trop restreinte de nos ressources. Il serait encore préférable d'y joindre des planches coloriées; j'espère y arriver un jour, mais dans l'état actuel de nos finances, c'est un luxe que nous ne pouvons pas encore nous permettre.

Relativement à la situation financière de la Société, je ne vous donnerai aucun détail, réservant ce soin à notre trésorier. Je me contenterai de vous dire, au nom du Comité de direction, que notre budget se boucle par un léger excédent et, en mon nom personnel, que nous pouvons bientôt espérer des jours meilleurs. M. Hallopeau m'a fait savoir qu'un de ses clients avait par testament légué à l'Académie de médecine une rente de 10 000 francs, avec affectation obligatoire d'une somme annuelle de 2 000 francs à la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie. Nous ne sommes pas encore et ne serons pas de quelque temps en possession de ces arrérages, car ce legs est soumis au Conseil d'État, et vous savez quelle sage lenteur cette haute assemblée apporte à l'expédition des affaires; mais ce n'est là qu'un retard, qui pour prolongé qu'il soit ne peut que différer un peu l'attribution du bienfait de ce généreux donateur. Aussi, je crois être l'interprète de la Société tout entière en remerciant en votre nom notre collègue Hallopeau, pour ce nouveau service qui assure à notre Société la prospérité financière pendant que ses nombreuses et toujours intéressantes communications contribuent dans une large mesure à sa prospérité scientifique.

Je prie également M. Hallopeau de présenter l'expression de notre gratitude à la famille de son généreux client; et je recommande son exemple à l'imitation de nos collègues.

Nous avons reçu cette année un certain nombre de membres

nouveaux : MM. Beurnier, Constantin, Dalous, François-Dainville, Griffon, Gröhl, Legendre, Morestin, Nicolas, Ombredanne, Payenneville, Rostaine, de Rothschild, Coyon, Eck, Fouquet, Rochard, Sabareanu et Teulon-Valio, à qui je souhaite en votre nom la bienvenue parmi nous, et qui contribueront à rehausser l'éclat de nos travaux. Malheureusement, nous avons aussi subi des pertes cruelles.

Nous avons eu la douleur de perdre Barbe, Brousse, Mauriac et Du Castel.

BARBE CARL, d'origine autrichienne, né en Transylvanie, mais élevé à Paris, où il fit ses études au lycée Condorcet, fut reçu docteur en 1884.

L'année d'internat qu'il fit à l'hôpital Saint-Louis, dans le service du Dr Lailler, détermina son orientation médicale vers la dermatologie. Devenu assistant du professeur Gaucher, à l'hôpital Saint-Antoine, il fit en collaboration avec son maître de nombreuses communications à notre Société et plusieurs articles, notamment l'article *Maladies de la peau* du *Traité de médecine et de thérapeutique*.

Sous sa seule signature, il a publié un ouvrage sur la diagnostic et le traitement des maladies de la peau. Ces publications lui avaient valu le titre de membre correspondant de la Société de Dermatologie de Vienne. Il a succombé jeune à une longue et pénible maladie, dont il avait quelques années auparavant supporté victorieusement les premières atteintes. Sa mort prématurée a laissé de vifs regrets à tous ceux qui, ayant été en rapport avec lui, avaient pu apprécier ses qualités de médecin, de travailleur et d'ami.

BROUSSE AUGUSTE, agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier, a succombé, le 19 octobre dernier, à l'âge de 50 ans. D'abord élève, puis chef de clinique à la Faculté de Montpellier, il ne s'était spécialisé dans la dermato-syphiligraphie qu'après sa nomination à l'agrégation. Son premier ouvrage, écrit sous l'influence du Professeur Grasset, fut consacré à l'étude de la maladie de Friedreich. Depuis, il a publié, dans le domaine de notre spécialité, d'importants travaux, en particulier sur la lèpre et sur la thérapeutique des maladies cutanées et syphilitiques. Quelque temps avant sa mort, il remettait aux *Annales* une étude intéressante sur un cas de pemphigus foliacé primitif, étude qui a paru dans le numéro même où l'on annonçait sa fin. Travailleur acharné, il a écrit, dit-on, au cours de la maladie qui devait l'emporter, un précis de dermatologie dont on nous fait espérer la publication et qui consacrera, pour les générations à venir, la mémoire de ce maître consciencieux et modeste dont l'enseignement était fort apprécié de tous ceux qui l'ont connu.

Avec MAURIAC CHARLES-MARIE-TAMARELLE a disparu une des grandes figures de la vénéréologie contemporaine. Doué d'une prodigieuse mémoire et d'une grande facilité d'élocution, il avait franchi sans

effort tous les échelons de la hiérarchie médicale. Interne à vingt-deux ans, titulaire de la médaille d'or à vingt-six, docteur à vingt-huit, médecin du Bureau central à trente ans; il entra en 1869 à l'hôpital du Midi où il fit toute sa carrière. A ce moment, l'éclat jeté sur l'école du Midi par l'enseignement de Ricord n'était pas encore affaibli, mais dans la doctrine du maître quelques points de détails avaient déjà soulevé des critiques vives et légitimes. Mauriac se fit un devoir de reprendre toutes les questions, pour ainsi dire *ab ovo*, et son investigation, comme il le dit lui-même, fut impartiale et porta sur tous les sujets. De son labeur incessant sortirent quarante mémoires, tous marqués au coin de l'observation et de la critique personnelles, et qui furent publiés dans la *Gazette des hôpitaux*, la *Gazette hebdomadaire* et les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*. Parmi eux, nous citerons, en 1870, son étude sur les névralgies réflexes symptomatiques de l'orchi-épididymite blennorrhagique; en 1872, un mémoire sur le paraphimosis. La même année, un travail sur les affections syphilitiques précoces du système osseux; en 1874, son important mémoire sur le psoriasis de la langue et de la muqueuse buccale; quelques mois plus tard, son premier travail sur les affections syphilitiques précoces du système nerveux, sujet dont il s'est occupé avec prédilection et sur lequel il est souvent revenu; en 1877, son mémoire sur l'herpès névralgique des organes génitaux, et une étude sur la syphilose pharyngo-nasale; en 1880, des leçons très documentées sur les variétés du chancre syphilitique; en 1881, une étude où il conclut à l'inutilité de son excision.

C'est alors qu'il entreprit la publication du grand ouvrage qui consacra définitivement sa magistrale autorité de syphiligraphe, et dans lequel il étudia, en deux gros volumes, à l'aide d'observations tirées de sa pratique personnelle, le domaine tout entier de la syphilis. Les deux volumes, bien qu'un peu touffus, sont une mine précieuse et seront toujours lus avec grand profit par les médecins qui voudront connaître à fond la syphilis dans toutes ses modalités. L'auteur nous avait promis un volume complémentaire sur la blennorrhagie et la chancrelle. Je ne crois pas qu'il ait été écrit; en tout cas, il n'a pas paru. Les deux volumes consacrés à l'étude de la vérole sont des années 1883 et 1890. En 1896, Mauriac les a complétés par son grand traité sur le traitement de la syphilis. Dans cet ouvrage que l'on pourrait considérer comme son testament médical, l'auteur insiste sur cette idée que dans la vérole, outre la maladie, on doit considérer le terrain sur lequel elle évolue; et qu'à côté de la médication dite spécifique, se placent des médications auxiliaires, dont la sagacité du médecin doit savoir user suivant les indications particulières à chaque cas, pour tirer de la médication spécifique elle-même tous les résultats qu'on en doit attendre.

Malgré le labeur considérable nécessité par la production de tous ces ouvrages, Mauriac trouvait le moyen de s'intéresser à toutes les branches artistiques de l'activité humaine. Littérature, musique, beaux-arts, rien ne lui était étranger. Je n'insiste pas sur ces points que vous connaissez tous ; mais ce que l'on sait moins, c'est qu'il existait un Mauriac inconnu dont Armand Siredey, dans sa très remarquable notice nécrologique, nous a révélé l'existence.

Dans sa jeunesse notre collègue avait voulu être marin, et de cette vocation contrariée par sa famille il avait conservé le goût des voyages et de la mer. Pour satisfaire le premier, depuis sa mise à la retraite il s'était adonné à l'exploration minutieuse des environs de Paris, remplaçant sa visite d'hôpital par une promenade autour de la capitale, cherchant partout des centres d'observation du haut desquels il fouillait minutieusement, comme du pont d'un navire, la campagne voisine à l'aide de plusieurs longues-vues dont il était toujours porteur.

Resté très curieux des choses de la mer, il avait acquis sur elle des connaissances théoriques qui étonnaient les professionnels, et pour montrer que les connaissances pratiques ne lui auraient pas manqué, il concevait, puis construisait et gréait de ses propres mains des types de navires dont il se plaisait à essayer les qualités nautiques sur les bassins du Luxembourg et des Tuileries, au grand ébahissement du public, étonné de voir un homme grave s'adonner à un exercice plutôt enfantin.

Quelle qu'ait été son habileté dans ce genre d'exercice, ce n'est pas par ces mérites de navigateur en chambre qu'il vivra dans notre mémoire ; il y vivra par la valeur de ses ouvrages, et par le souvenir de son labeur incessant ; il y vivra aussi parce qu'il fréquentait assidûment les séances de la Société de dermatologie, et nous aimions à voir sa physionomie intelligente, fine et narquoise ; et à profiter des observations que lui suggéraient en matière de syphilis son incomparable expérience. Sa place restera longtemps vide parmi nous et sa mort a été pour notre Société une perte sérieuse.

Ce fut une perte aussi, et une perte cruelle que la disparition prématurée de notre excellent collègue RENÉ DU CASTEL, membre de l'Académie de médecine et médecin de cet hôpital. Rien dans son apparence ne permettait de prévoir sa fin précoce et tous nous espérions qu'il serait longtemps conservé à notre amitié, à la science et à ses malades. A part d'infructueuses tentatives au concours de l'agrégation, sa carrière médicale avait été plutôt facile et brillante : Interne à 22 ans, docteur à 26, il s'occupa d'abord au laboratoire de Rouvier d'histologie pathologique ; plus tard, chef de clinique de Lasègue, et chef de laboratoire de Potain, il semblait se destiner à la médecine générale, mais une crise ou plutôt des crises répétées

d'appendicite l'obligèrent à se ménager pour éviter une trop grande fatigue. Aussi, après un séjour d'un an à l'hôpital Tenon, sur les conseils de son maître Vidal, résolut-il de se spécialiser.

Pendant six ans, de 1884 à 1890, il fut médecin à l'hôpital Ricord. Ensuite il entra à l'hôpital Saint-Louis, qu'il ne devait quitter que pour mourir.

Je ne dirai rien des travaux, pourtant nombreux et intéressants, qu'il publia sur différentes questions de médecine générale, avant de se consacrer à la dermatologie ; je ne saurais toutefois passer sous silence le traitement qu'il avait imaginé pour la variole, traitement par la médication éthéro-opiacée qui réalisait un progrès sur les méthodes anciennes, et sur lequel il publia un intéressant mémoire que l'Académie de médecine récompensa par le prix Desportes. En 1891, il fit paraître ses leçons cliniques sur les affections ulcéreuses des organes génitaux chez l'homme, qui sont une des meilleures monographies publiées sur ce sujet. Depuis il a touché, tant dans ses leçons cliniques que dans ses communications à notre Société, presque à tous les points de la dermato-syphiligraphie. Parmi ces travaux je mentionnerai d'une manière particulière ses publications sur les diverses formes de la tuberculose cutanée et ses études thérapeutiques.

Le premier, il a introduit en thérapeutique cutanée l'emploi de l'acide lactique pour modifier le prurit souvent si pénible et si rebelle dans les dermatoses ; et a constaté que l'injection de calomel exerce parfois dans le lupus une action curative incomplète, capable de conduire à des confusions regrettables entre la syphilis et la tuberculose.

En clinique, il se montrait observateur sagace et minutieux ; mais, sa qualité dominante était une sûreté de jugement que lui auraient enviée beaucoup de confrères plus brillants, et qui lui permettait d'établir sur des bases solides la discussion d'un diagnostic et les indications d'un traitement. De cette faculté précieuse nous avons eu maintes fois la preuve dans les discussions de notre Société, où son intervention toujours discrète se traduisait par quelques mots d'approbation ; quelquefois aussi par une parole un peu moqueuse ou même un simple sourire. Tel était le médecin ; pour bien apprécier l'homme je ne saurais mieux faire que de reproduire le jugement porté sur lui en ces termes par un de ses meilleurs amis : « Au point de vue moral, Du Castel était avant tout un homme de devoir et de droiture, un médecin plein de bonté et de dévouement ; un causeur enjoué, parfois un peu ironique mais incapable d'une parole qui pût blesser. »

Un philosophe a dit qu'il n'y a pas de spectacle plus grand que celui d'un honnête homme luttant sans défaillance contre l'adversité ;

l'énergie de Du Castel, comblé jusqu'alors des biens de la fortune, entouré d'une famille qu'il adorait et néanmoins envisageant sans faiblir la perspective de sa fin prochaine, ne mérite pas moins d'admiration. Il a senti venir l'inévitable séparation, avec l'espérance d'un croyant et la résignation d'un sage, léguant par sa fermeté à ceux qui l'ont connu le réconfortant exemple d'une belle mort après l'exemple d'une belle vie.

M. THIBIERGE lit ensuite le rapport sur la situation financière de la Société (1).

Sur un diagnostic tardif de syphilis facilité par un nouveau procédé d'investigation.

Par MM. H. HALLOPEAU et DONZÉ.

Il y a 25 ans que le nommé Pierre Baz... est entré dans la salle Bazin; il a été traité pendant 5 ans par Lailler, depuis lors par l'un de nous, et c'est tout récemment seulement que nous avons pu reconnaître en toute certitude que sa destruction nasale était d'origine syphilitique.

Son histoire peut être résumée ainsi qu'il suit :

Le nommé B..., Pierre, infirmier, âgé de 57 ans, entré le 27 mars, salle Bazin, lit n° 34.

Pas d'antécédents dignes d'être notés.

Le malade assure qu'il n'a jamais eu la syphilis.

A l'âge de 22 ans, il lui est survenu, sur la racine et les ailes du nez, des petits boutons du volume d'une tête d'épingle, d'un rouge foncé.

La muqueuse du nez s'est ulcérée. Progressivement, les éléments papuleux sont devenus confluents et ont envahi toute la surface cutanée du nez. La peau de la lèvre supérieure elle-même était couverte de ces éléments.

A ce moment, le malade a été soigné par Lailler qui diagnostiqua un lupus et prescrivit des applications de teinture d'iode ainsi que des attouchements au nitrate d'argent. A l'intérieur, il donna au malade de l'iodure de potassium.

La confluence des ulcérations produisit une vaste perte de substance qui peu à peu se cicatrisa, mais constamment, depuis lors, des ulcérations des fosses nasales avec écoulement d'une suppuration fétide ont persisté. Au bout d'un an, l'aspect du visage était le même que nous constatons aujourd'hui.

La région présternale est devenue dans ces derniers mois le siège d'une éruption serpiginieuse spécifique qui a en grande partie rétrocedé sous l'influence d'un traitement mixte.

La cicatrice faciale présente la forme d'un quadrilatère à bords curvilignes dont le sommet répond à l'union des 3/4 avec le 1/4 supérieur du nez, les angles latéraux à la région malaire, et l'angle inférieur à la partie médiane

(1) Ces deux communications ont été lues à la séance du 5 avril.

de la lèvre inférieure. On peut encore comparer cette cicatrice à deux bourrelets, l'un vertical, l'autre transversal, saillants, mesurant chacun de 2 à 3 centimètres de diamètre, et interrompus à leur partie centrale par l'orifice du nez. Le bourrelet vertical mesure 8 centimètres et le transversal 11 centimètres de diamètre. L'entonnoir médian, qui représente en même temps l'orifice des fosses nasales et le lobule nasal disparu, mesure 15 millimètres de diamètre. Il est régulièrement arrondi; son contour postérieur est à environ 1 centimètre de distance de la cicatrice jugale.

Toute cette cicatrice est presque complètement lisse. On voit seulement quelques plicatures à son extrémité supérieure; sa partie inférieure comprend toute l'épaisseur de la lèvre. Elle se continue avec un épaississement cicatriciel du frein de la lèvre.

Profondément, l'orifice nasal est en contiguïté avec une surface ulcérée. La cloison des fosses nasales a entièrement disparu. On voit, par l'examen direct, l'arrière-cavité des fosses nasales communiquant par une large perte de substance ogivale avec ces cavités. Cette arrière-cavité est elle-même le siège d'ulcérations et de saillies tomenteuses. Le voile du palais est complètement détruit. La paroi postérieure du pharynx est couverte de cicatrices blanchâtres, sur lesquelles se détachent quelques bourgeons charnus. La cavité pharyngienne correspond avec l'arrière-cavité des fosses nasales par un orifice dont la paroi postérieure est ulcérée et le contour antérieur curviligne également ulcéré. Cet orifice mesure environ 2 millimètres transversalement sur 8 millimètres d'avant en arrière. Une goutte de pus épais sourd des fosses nasales.

Ces ulcérations, remontant au début de sa maladie, ont toujours persisté depuis lors.

L'altération présternale est en voie de régression. Elle est représentée par une cicatrice à bords polycycliques mesurant 6^m,5 transversalement sur 4 verticalement. On y distingue encore deux groupes d'éléments éruptifs. Celui de droite est représenté par les 2/3 du cercle, d'une coloration rouge; une partie est affaissée, une partie au contraire est recouverte d'une croûte verdâtre, mélicérique; du côté gauche, on voit également une macule limitée par un contour polycyclique dont la saillie s'est effacée; il ne reste en activité qu'une ulcération recouverte d'une croûte verdâtre.

On sent sur la face dorsale du sillon balano-préputial une induration nettement appréciable.

Le diagnostic a toujours hésité jusqu'à ces derniers temps entre un lupus destructif ou des syphilides. On nous objectera que l'induration du sillon balano-préputial consécutive au chancre aurait dû nous mettre sur la voie, mais elle est surtout appréciable lorsque l'on saisit, par l'intermédiaire de fourreau la partie atteinte, et nous n'avons reconnu que dans ces derniers temps la valeur de cet artifice d'exploration. Nous pouvons d'ailleurs nous abriter sous la grande autorité de notre prédécesseur: malgré des examens réitérés, il était resté dans le doute.

Si nous inclinions personnellement vers l'hypothèse d'une syphilose, c'est surtout en raison de l'absence complète de récidives: il est rare en effet qu'un lupus persiste ainsi pendant plus de 20 ans sans présenter de nouvelles manifestations sous la forme de nodules.

L'apparition dans ces derniers temps de l'éruption présternale est venue juger la question, car elle a eu et présente encore nettement les caractères d'une syphilide.

La syphilide nasale est remarquable par l'étendue de la perte de substance qu'elle a laissée à sa suite et l'aspect tout particulier qu'elle donne à la physionomie du malade; nous demanderons à Baretta de nous en laisser l'image dans le musée de Saint-Louis.

La marche de la maladie n'a jamais été enrayée complètement et il s'est produit par l'orifice nasal un écoulement fétide.

M. A. FOURNIER. — Il est bien extraordinaire qu'une induration persiste 25 ans après le chancre. Sans doute Puche a signalé de vieille date des indurations extrêmement persistantes; mais de tels faits sont tout à fait rares. Aussi, d'une façon générale, ferai-je des réserves sur la signification que M. Hallopeau attribue à cette induration, qui peut être la conséquence de balanites répétées.

M. HALLOPEAU. — Je pourrai montrer à M. Fournier un homme qui a eu un chancre il y a 39 ans et qui a encore une induration très manifeste.

M. A. FOURNIER. — Je ne nie pas que l'induration puisse persister aussi longtemps; mais je pense que c'est là un fait exceptionnel et qu'on ne peut donner comme usuel. Chez les gens du peuple, l'absence de propreté et, en particulier, l'accumulation de smegma sont des causes fréquentes d'indurations chroniques.

Sur un cas de xanthome tubéreux et en tumeurs juvénile offrant les caractères du xanthome diabétique.

Par MM. HALLOPEAU et MACÉ DE LESPINAT.

Ce fait présente diverses particularités qui nous paraissent mériter l'attention.

L'observation peut être résumée ainsi qu'il suit:

Théophile, âgé de 46 ans, horloger, salle Bazin, n° 36.

Né avec un pied bot, il n'a marché que tard.

Il s'est mal développé. A 17 ans sa colonne vertébrale se dévia peu à peu; il mit un corset orthopédique, mais l'infirmité s'accrut.

Il a eu de l'ictère il y a 15 ans.

Aucune maladie vénérienne.

Plusieurs accidents, chutes, morsures, coup de hache sur la tête, etc.

Depuis l'enfance, il a eu des saillies anormales aux genoux et aux coudes. Ces tubérosités le gênaient peu; cependant celles des genoux saignaient facilement; à 15 ans, on les lui enleva, mais elles récidivèrent bientôt. De temps

en temps elles ont suppuré. C'est d'ailleurs à cause de cette suppuration que le malade vient à l'hôpital.

Il est de très petite taille, tassé sur lui-même; il présente une forte scoliose à convexité droite et un pied bot à gauche, qui fut opéré et redressé dans le jeune âge.

Sur la *tête*, on remarque :

Au *cuir chevelu*, où les cheveux sont rares, une cicatrice déprimée, résultant de son accident (coup de hache);

Au *front*, plusieurs cicatrices, dont quelques-unes ont nettement une teinte jaune; ces cicatrices, au nombre de 3 principales, sont très irrégulières, des dimensions d'une pièce d'un franc, un peu déprimées; elles isolent par entre-croisement un certain nombre de petits lobules où l'on aperçoit la saillie des glandes pilo-sébacées : par conséquent, leur origine traumatique est peu vraisemblable;

Sur le *nez*, une autre cicatrice transversale;

Sur la *joue droite*, une dépression linéaire, également jaunâtre;

Sur la *joue gauche*, une large cicatrice consécutive à une brûlure ancienne;

Il existe une tuméfaction bilatérale des joues, liée à une hypertrophie des glandes parotides.

A la partie interne de la *lèvre inférieure*, on voit une tache pigmentaire du volume d'une demi-lentille. Rien d'autre dans la cavité buccale.

Sur le *cou*, nous notons de nombreux grains pilaires dont certains sont entourés d'une petite saillie nodulaire avec comédons très volumineux.

Sur le *tronc*, à part la scoliose, les déformations de la cage thoracique et une hernie ombilicale, on remarque seulement des cicatrices de ventouses scarifiées, de petites saillies, notamment dans le dos, sans coloration anormale de la peau et plusieurs taches pigmentaires.

A la *fesse gauche*, 5 placards éruptifs ont l'aspect de grains de raisin vidés; on y voit des glandes sébacées à saillie anormale, avec comédon saillant et volumineux. Pas d'adénopathie axillaire appréciable.

Sur les *bras*, on remarque à peu près symétriquement, aux deux coudes, deux masses volumineuses, de la grosseur d'un œuf de pigeon, d'une teinte rougeâtre, mobiles, non douloureuses.

A *droite*, la masse est un peu plus considérable, avec une partie amincie, pédiculée. Elle est localisée dans le derme dont elle représente un épaississement. Sa consistance est flasque. Sa partie inférieure est le siège d'une dépression qui peut-être résulte d'une ulcération ancienne. Il existe une légère suppuration de la surface excoriée.

Au-dessous, une tumeur semblable, grosse comme une noisette, est flasque et ressemble à un grain de raisin vidé. Elle présente des saillies des glandes sébacées avec gros comédons. Sur le dos du poignet, un placard éruptif mesure environ 3 centimètres de large sur 4 de hauteur; ses contours sont sinueux; la peau y est plissée, amincie, en partie pigmentée, en partie décolorée, avec nuance légèrement jaunâtre. Il s'agit évidemment d'une néoplasie qui s'est résorbée en laissant une plus grande laxité des tissus.

Une altération analogue s'observe sur le dos de la quatrième articulation métacarpo-phalangienne : ici, la coloration est violacée; la consistance est plus considérable.

Sur la cinquième articulation de la même main, une masse violacée intéresse le derme ; elle présente plusieurs orifices d'où sort du pus.

On voit à la partie inférieure de l'avant-bras un plissement en fer à cheval de la peau ; de même, à la partie interne du poignet.

Sur l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce, même plaque avec exagération des plis de la peau et un certain nombre d'épaississements nodulaires. La nuance est légèrement jaunâtre.

Sur les doigts, on voit un certain nombre d'épaississements nodulaires disséminés.

A gauche, on distingue, au coude, une masse du volume d'une grosse noix ; à sa partie externe, 3 saillies pédiculées, ayant l'aspect de marisques, ou de grains de raisin vidés. Sur la masse principale, on voit 5 dépressions, dont 4 sont recouvertes de croûtes.

Sur l'avant-bras gauche, se trouvent plusieurs dépressions à contours irréguliers, avec aspect cicatriciel, de coloration vaguement jaunâtre, en partie pigmentées. La peau est plissée en crépons ; ces plissements sont comparables à ceux que l'un de nous a décrits dans certains lépromes.

Sur la main gauche, on voit des altérations à différentes périodes de leur évolution. L'une, sur le dos de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index, est saillante, indurée légèrement avec plissement de la peau. Il en est de même pour l'altération de l'articulation de l'auriculaire et du pouce. Les orifices pilo-sébacés y sont dilatés. D'autres placards sont déprimés, avec amincissement de la peau.

Il y a un nodule du volume d'un pois, sur l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce, de consistance ferme, intéressant surtout la couche profonde du derme, sensible au toucher. Il date de quelques jours seulement, dit le malade, et doit, d'après son expérience personnelle, disparaître promptement.

Membres inférieurs. — Au-devant du genou droit, on voit un placard éruptif de 13 centimètres de haut sur 9 de large. La plus grande partie est au-dessous de la rotule. Ferme au toucher, elle paraît constituée par un épaississement du derme et de l'hypoderme. La surface est en partie violacée, en partie décolorée. On y voit des ulcérations dont quelques-unes sont recouvertes de croûtes.

La partie supérieure de ce placard est au contraire affaissée. La peau y est profondément ridée, et les plis qu'on imprime y persistent. Ici encore on a l'idée d'une néoplasie qui s'est résorbée et a laissé une grande laxité de tissu ; on y voit des dépressions cicatricielles qui ont une coloration en partie légèrement jaunâtre, en partie dépigmentée.

Ce placard se continue en dehors avec une altération de même nature au niveau de laquelle la résorption est complète. Il ne reste qu'un amincissement de la peau, avec exagération de ses plis et une hyperpigmentation partielle. Cette partie est notablement affaissée au-dessous de la peau saine. Ses dimensions sont de 6 millimètres transversalement sur 4 verticalement.

Plus bas, à la partie supéro-externe de la jambe, mêmes dépressions cicatricielles, mêmes plissements, mêmes affaissements de la peau en plusieurs placards. Leurs bords sont nettement arrêtés.

Tout le long de la crête tibiale, épaississements cutanés, de forme irrégu-

lière, sur une hauteur de 16 centimètres, larges de 1 à 3 centimètres, avec pigmentation rouge brun de la peau.

Plus bas encore, sur le devant du cou-de-pied, saillie non colorée, présentant l'aspect de grains de raisin en partie vidés.

Sur la malléole externe du côté droit, saillie du volume d'une pastille, dont le bord libre se détache de la peau saine à la manière de celui d'un molluscum.

A la partie postérieure du talon, hyperkératose dans la moitié externe, avec croûtes déprimées en godet.

A gauche, dans la région prérotulienne, placard semblable à celui du côté opposé, avec excoriation de date récente.

Au-devant du tibia, placards d'aspect cicatriciel semblables à ceux du côté opposé. Néoplasies multiples. L'une d'elles occupe le dos du pied; une autre, le dos de l'articulation métacarpo-phalangienne. Dans celle-ci, on distingue une partie violacée, saillante, et une partie décolorée avec reflet jaunâtre, donnant la sensation d'une néoplasie vidée.

Il existe un pied bot congénital.

Tous les orteils sont dystrophies.

Adénopathies verticales et transversales de la région inguinale.

Le cœur, les poumons sont normaux. Le foie n'est pas augmenté de volume. Pas de troubles digestifs.

Il n'y a pas de sucre.

Il y a des traces légères d'albumine.

Le diagnostic ne nous paraît pas douteux; le siège de prédilection des néoplasies au niveau des coudes et des genoux, leur siège intra-dermique, leur consistance molle, leur couleur violacée avec quelques nuances tirant sur le jaune, la netteté de cette même coloration au niveau des cicatrices du front, leur régression constituent un ensemble de symptômes que l'on n'oublie pas lorsque l'on a eu l'occasion de les observer. Il suffit d'ailleurs de comparer les placards éruptifs de notre malade avec ceux qu'a figurés Baretta sous ce titre pour être convaincu.

Comme particularités, nous signalerons dans cette observation le nombre considérable de placards qui se sont résorbés, en ne laissant d'autre trace qu'un affaissement avec grande laxité des téguments, le défaut, presque partout, de la coloration jaune, l'absence complète de localisations palpébrales, les ulcérations qui se sont produites à plusieurs reprises et ont laissé des cicatrices indélébiles, la disposition en trainée le long du tibia, les nombreuses saillies comédoniennes avec tuméfaction des glandes correspondantes.

Ajoutons enfin que le malade a eu de l'ictère, que ses urines contiennent des traces d'albumine et qu'il n'y a pas actuellement de sucre dans son urine.

Cet ensemble de caractères répond au tableau devenu classique

du xanthome diabétique ; or le malade n'est pas actuellement glycosurique ; il est vrai qu'il a pu l'être antérieurement, car on sait que cette glycosurie xanthomateuse est souvent intermittente ; mais, ce qui est en contradiction avec cette idée, c'est que la maladie remonte à la jeunesse et rentre ainsi dans la catégorie des xanthomes juvéniles.

Ce fait vient à l'appui de la théorie de M. Besnier qui considère ces divers xanthomes comme des modalités différentes d'une seule et même maladie. Bien que l'un de nous ait émis antérieurement une manière de voir différente, nous avons tendance à nous rattacher à cette opinion en y ajoutant l'interprétation suivante : suivant l'un de nous, la glycosurie, comme l'albuminurie et l'ictère des xanthomateux sont liés exclusivement à des localisations viscérales des néoplasies ; il est probable que les poussées aiguës, les inflammations que l'on observe dans le xanthome avec glycosurie, tiennent aux modifications que cette altération humorale apporte dans le mode de réaction des téguments ; s'il en est ainsi, un xanthome juvénile se comporte comme un xanthome glycosurique s'il présente des localisations pancréatiques : c'est sans doute ce qui s'est passé chez notre malade.

Nous résumerons ainsi qu'il suit les conclusions de ce travail : le xanthome juvénile peut revêtir tous les caractères cliniques du xanthome dit diabétique ; il en est ainsi lorsqu'il présente des localisations pancréatiques ; ces localisations peuvent s'atténuer passagèrement comme le font celles des téguments ; c'est la glycosurie qui est la cause prochaine des modalités particulières au xanthome dit diabétique.

M. DARIER. — Le malade présenté par M. Hallopeau est très intéressant. Je ne conteste pas le diagnostic de xanthome. On constate ici une certaine mollesse, une flaccidité des tumeurs, qui permettent de croire à un début de résorption ; une biopsie confirmerait le diagnostic et donnerait peut-être des résultats capables de nous renseigner sur la nature et la signification de la graisse contenue dans les cellules du xanthome.

Par contre, l'analogie de ces lésions avec celles du xanthome diabétique me paraît peu évidente. Il y a un peu de xanthochromie, mais ce malade a le thorax déformé, il respire mal, il semble avoir de la gêne circulatoire avec stase hépatique, ce qui explique suffisamment la teinte jaune des téguments.

M. HALLOPEAU. — J'insiste sur l'absence de coloration jaune des tumeurs, sur l'évolution rétrograde d'une partie d'entre elles, sur les phénomènes inflammatoires dont elles semblent le siège ; ces caractères n'appartiennent pas au xanthome tubéreux vulgaire, mais bien au xanthome diabétique.

Sur une corne probable de la lèvre.

Par MM. H. HALLOPEAU et DONZÉ.

La néoplasie dont est atteint ce malade est intéressante en raison de son siège anormal, de la rapidité de son développement et des difficultés qu'en présente le diagnostic.

Le nommé L..., Victor, 42 ans, typographe. Aucun antécédent héréditaire. Bonne santé antérieure, sauf du saturnisme à 22 ans. Fumeur de cigarettes.

A la fin de mars, apparition d'une excoriation sur la partie gauche de la lèvre inférieure; cette excoriation saignait au moindre contact. Une huitaine de jours après, elle devenait saillante et le malade, sur le conseil d'un médecin, la cautérisait au nitrate d'argent.

Depuis le dimanche 21 avril, le malade a cessé la cautérisation et, peu à peu, la saillie s'accroît.

Aujourd'hui, on voit sur la lèvre inférieure une masse acuminée, haute d'environ 5 millimètres, large de 3, d'apparence cornée, recouverte d'un épithélium rosé, semblable à celui de la lèvre, parsemée de croûtes, et présentant à sa base une petite ulcération.

Cette petite tumeur est de consistance ferme; elle ne semble pas se prolonger dans la lèvre.

Pas de ganglions.

Il nous semble bien s'agir là d'une de ces productions qui sont désignées sous le nom de corne, bien que sa consistance soit moins dure que d'habitude.

Aucune autre néoplasie ne présente cet aspect; il y aura lieu, pour en compléter l'étude, d'en pratiquer l'ablation, ce qui sera facile, d'en faire l'examen histologique, d'examiner quels sont les caractères de l'ulcération sous-jacente en recherchant plus particulièrement s'il s'agit d'un papillome ou d'un épithéliome.

C'est exceptionnellement que ces productions se développent sur les lèvres; il n'en est pas question dans l'article très incomplet de Max Joseph dans le traité de Mrazeck. Dubreuilh, dans son excellent article de la *Pratique médicale*, dit qu'il en existe plusieurs cas, mais il n'indique pas s'il s'agit de la face muqueuse ou de la face cutanée de la lèvre; il est probable que cette dernière y était seule intéressée, car autrement il aurait signalé comme un fait exceptionnel et remarquable le développement de cette lésion aux dépens d'un épithélium: c'est ce qui s'est produit chez notre malade; on peut s'expliquer ainsi la rapidité de son développement et sa consistance inférieure à celle que présentent les cornes cutanées; il s'agirait donc d'une corne épithéliale un peu différente des cornes épidermiques. Nous sommes tout prêts à accepter une autre interprétation si l'examen histologique vient en fournir une plus satisfaisante.

Sur la pathogénie du doublement d'une orchite syphilitique.

PAR M. H. HALLOPEAU.

Nous avons insisté déjà à plusieurs reprises sur les troubles réflexes de la nutrition qui se produisent dans des parties symétriques à la région primitivement atteinte : c'est ainsi qu'en 1878, dans une communication à la Société de biologie, en collaboration avec Neumann, nous avons fait connaître un cas d'inflammation folliculaire de la région mamelonnaire droite alors que la région symétrique avait été vivement irritée par l'application successive de deux vésicatoires ; en 1880, à la même Société, nous avons communiqué un cas de phlegmon gangreneux de la partie antéro-supérieure de la jambe gauche, survenu trois semaines après la production dans une partie exactement symétrique de l'autre membre, d'une eschare provoquée par une application trop prolongée d'un courant galvanique ; en 1893, dans notre Société, j'ai émis l'opinion que le développement d'une néoplasie gommeuse dans une partie d'un membre peut donner lieu dans les parties exactement symétriques du membre opposé à un trouble de l'innervation trophique qui la transforme en un milieu de culture favorable à la prolifération de germes contagés provenant du premier foyer et y détermine ainsi le développement d'une tumeur gommeuse identique à la première ; j'ai conclu enfin de plusieurs observations également présentées à notre Société que les parties du squelette sous-jacentes aux syphilides tertiaires deviennent souvent le siège d'exostoses ou de périostoses, le squelette restant intact partout ailleurs, qu'il s'agit là d'une syphilis régionale, qu'il n'y a pas eu propagation directe, car les tissus intermédiaires à la peau et au squelette restent indemnes, et que vraisemblablement la néoplasie cutanée exerce à distance, dans le squelette sous-jacent, un trouble trophique réflexe qui en fait un milieu de culture favorable au développement du contagé ; un mécanisme analogue doit être, selon toute vraisemblance, invoqué pour expliquer le doublement d'une orchite chez le malade que nous avons l'honneur de vous présenter.

Le nommé M..., Auguste, 33 ans et demi, charron, entré le 19 mars 1906, salle Bazin, lit n° 72.

En mai 1904, le malade contracte la syphilis : le chancre était sur le côté droit du prépuce et a été soigné par la pommade au calomel ; la cicatrice persiste et la moitié droite du gland a été détruite.

En décembre 1904, le malade a été atteint d'une syphilide papulo-squameuse généralisée, pour laquelle il a été soigné dans notre service par les bains de sublimé, les frictions et l'iodure.

En octobre 1905, se déclare une orchite gauche, qui, sous l'influence du sirop de Gibert ingéré pendant 20 jours, rétrocede très notablement.

Le malade cesse le traitement en novembre.

Au début de janvier 1906, une nouvelle orchite se déclare, encore du côté gauche. Le malade reprend pendant 15 jours du sirop de Gibert. A la fin janvier, affection semblable du testicule droit. Les deux glandes sont envahies et le volume des bourses, surtout de la gauche, est très augmenté, il atteint les dimensions d'un œuf de dinde. Les enveloppes scrotales sont souples, non épaissies et mobiles sur les couches profondes.

La palpation ne permet pas de distinguer nettement le testicule de l'épididyme; tous deux sont augmentés de volume et d'une dureté cartilagineuse uniforme; leur surface est lisse. Une pression, assez forte même, est indolore.

Les éléments du cordon gauche sont intacts. Le cordon droit, au contraire, donne la sensation, au palper, d'une tige flexible de 1 centimètre de diamètre, dont l'examen provoque quelque douleur.

Le malade reçoit de nouveau, depuis le 19 mars, le traitement spécifique. Les douleurs ont disparu. Le testicule gauche diminue de volume.

Ils'agit là bien certainement d'orchites syphilitiques: nous en avons pour garants l'absence de blennorrhagie, l'envahissement simultané du testicule et de l'épididyme, la coexistence d'hydrocèles et l'action rapide du traitement spécifique: nous ajouterons que le malade ne présente pas de signes de tuberculose et que d'ailleurs les caractères cliniques de ces orchites ne sont pas ceux des orchites tuberculeuses.

Étant donnée la nature syphilitique de ces altérations, comment s'expliquer leurs localisations successives dans les deux testicules? Faut-il admettre une propagation directe? mais le raphé et la cloison médiane établissent une barrière entre les deux organes frères et rien n'indique qu'elle ait pu être franchie: on ne perçoit en effet dans les parties intermédiaires aux deux sacs vaginaux aucune trace d'induration, ni d'infiltration. Les testicules et leurs annexes fourniraient-ils seuls chez ce malade un milieu de culture aux tréponèmes? cette hypothèse est peu vraisemblable.

Reste la théorie réflexe que nous venons d'exposer: le temps qui s'est écoulé entre l'apparition des deux manifestations testiculaires et les faits analogues que nous avons cités plaident en faveur de cette interprétation.

**A propos de l'intoxication d'origine bismuthique chez le malade
présenté par M. Alex. Renault.**

Par M. L. LAFAY.

La communication de M. le Dr Renault, relative à « un cas d'intoxication par le dermatol » (séance du 11 janvier dernier), apportait à la question toujours ouverte des intoxications médicamenteuses un

nouvel élément, d'autant plus intéressant qu'il s'agissait d'un fait plus rare : l'*intoxication bismuthique de cause externe*.

Tout le monde sait, ainsi que j'ai eu l'honneur de le rappeler lors de cette présentation, que l'action du bismuth, par voie gastro-intestinale, n'est nullement toxique : on peut absorber 20, 30, 60, 80 grammes de sous-nitrate de bismuth par jour, avec une innocuité absolue, sans aucune modification des principales fonctions organiques (système nerveux, circulation, respiration), et sans que les sécrétions urinaire et cutanée soient impressionnées.

Vient-on au contraire à saupoudrer une plaie, ou une surface cutanée privée de son épiderme, avec un composé bismuthique même parfaitement purifié, le métal est alors susceptible de contracter avec les matières albuminoïdes des combinaisons solubles, et de devenir, ainsi absorbé, un poison au même titre que le plomb et le mercure, dont il se rapproche du reste à un autre point de vue : dans la classification chimique des métaux.

Les symptômes observés dans l'empoisonnement bismuthique se retrouvent en effet dans les intoxications mercurielles et saturnines : stomatite, diarrhée, selles sanglantes dysentériques, etc., pour ne citer que les principaux phénomènes apparents. Toutefois la stomatite d'origine bismuthique est assez particulière : outre la salivation qui, dans les cas aigus, est très abondante, on note un liséré brun, brun violacé, bleuâtre ou noirâtre, luisant, sur tout le bord gingival ; les gencives sont très sensibles et de coloration *bleuâtre foncé* ; la muqueuse buccale, les bords et la pointe de la langue, le palais, les piliers du voile, la luette portent des plaques de même couleur. Dans les urines, on trouve du bismuth (recherche qui fait malheureusement défaut dans l'observation précitée), des éléments épithéliaux, des cylindres hyalins et souvent de l'albumine.

Les lésions de la bouche du malade présenté par M. Renault, répondent-elles à ce schéma ? Vous vous rappelez, messieurs, que notre distingué confrère a simplement noté, « avec une grande sensibilité de la région buccale, des érosions lenticulaires à la face muqueuse des lèvres et en divers points de la bouche, érosions recouvertes d'une pseudo-membrane blanchâtre, offrant l'aspect morphologique de la stomatite épithéliale ».

Pour ce qui est de l'éruption, les intoxications de ce genre étant relativement rares, il n'est pas à ma connaissance qu'on ait pu encore assigner aux éruptions bismuthiques des caractères objectifs permettant de les reconnaître avec certitude. Je ne peux donc les comparer à l'éruption du malade de M. Renault.

Ceci dit, si je me suis permis d'attirer votre attention sur des faits qui sont à côté de mon sujet, et par là de soulever un doute relativement à la cause productrice de l'intoxication que nous

études, c'est que le malade a un peu déformé la vérité, ainsi que le hasard m'a permis de l'établir. Je me vois ainsi contraint, bien malgré moi, et en dépit d'une sympathie très particulière pour l'aimable confrère qu'est M. Renault, de rectifier un point de sa communication, détail qui n'est pas sans intérêt dans le débat.

Telle est la raison de ce long préambule.

* *

En même temps que le malade objet de cette observation, M. Renault présentait à la Société la poudre de dermatol incriminée. Sa coloration jaune safranée intense me fit penser à un mélange, et je terminais ma remarque par ces mots : « La poudre qu'on vient de nous montrer n'a pas l'aspect habituel du dermatol, et il faudrait avant tout s'assurer de la nature exacte du produit. »

M. le Président voulut bien me confier la poudre aux fins d'analyse; je dois ajouter que l'interne en pharmacie de M. Renault l'avait examinée déjà, et avait déclaré qu'elle était bien constituée par du dermatol.

En plaçant la poudre sur un papier blanc, je remarquai aussitôt que sa coloration paraissait très atténuée. La raison de ce changement de teinte résidait dans un simple phénomène d'optique : la coloration rouge foncé de l'intérieur de la boîte, où était contenue la poudre, augmentait de plusieurs tons la teinte de la poudre elle-même. Du reste les dermatols, sans que leurs qualités en soient défavorablement affectées, offrent une gamme assez variée, allant du blanc jaunâtre au jaune safranée intense, ainsi que vous pouvez le voir par les neuf échantillons, de provenances différentes, que j'ai l'honneur de mettre sous vos yeux. Parmi eux, vous trouverez du reste le dermatol de M. Renault, qui, ainsi présenté, ne se différencie pas objectivement des autres.

Mes recherches analytiques ont confirmé de tous points l'assertion de l'interne en pharmacie : la poudre examinée répond aux caractères habituels du dermatol type des usines de Creil ; elle est exempte de tout mélange avec des corps étrangers.

Une chose cependant m'intriguait : la boîte remise par M. Renault portait une adresse de pharmacien et un numéro d'ordre ; or il est rare, il est exceptionnel qu'un pharmacien, donnant de sa propre initiative un médicament simple à un malade, emploie les numéros d'ordre de son copie d'ordonnances, numéros réservés à la copie des formules magistrales. Je résolus d'éclaircir cette anomalie et m'en fus trouver mon confrère. Avec la meilleure bonne grâce du monde il m'ouvrit son recueil d'ordonnances au numéro désigné, et nous vîmes qu'ils s'agissait bien en effet de poudre de dermatol.

Mais voici où le tableau change : à la date du 27 décembre 1905 le malade s'était bien présenté à sa pharmacie, non « pour demander conseil à propos d'une ulcération du limbe préputial, » comme il l'avait déclaré à M. Renault, mais pour confier à ce pharmacien une ordonnance polycopiée de l'hôpital Cochin, portant la signature de M. le D^r Queyrat, et formulant deux choses :

1^o Une solution ainsi composée :

Oxycyanure de mercure.....	0,25 centigr.
Eau bouillie.....	1.000 centim. cub.
Tropéoline.....	Q.S. pour colorer.
Pour lotions.	

2^o Poudre de dermatol..... 30 gram.

Pour saupoudrer la plaie.

Tels sont les faits. Les lotions au cyanure de mercure — (l'oxycyanure n'existant qu'à l'état de rareté de laboratoire) — ont-elles pu causer seules l'éruption et la stomatite constatées ? ou bien ont-elles seulement contribué à provoquer les manifestations dermatologiques, et dans quelles limites ? Peut-être même, s'agit-il de phénomènes éruptifs associés ou surajoutés ? Je n'ai pas qualité pour résoudre ce problème, qui, du reste, ne se limite même pas à ces deux questions, car il faut encore se demander : ce malade, porteur d'une ulcération qui n'était autre qu'un chancre syphilitique, et qui a obstinément trompé M. Renault, a-t-il été plus sincère en affirmant qu'il n'avait suivi aucun traitement antérieur, et ne s'était-il pas déjà drogué intus et extra ?

Vous le voyez, cette intéressante observation, la seconde en l'espèce, très simple en apparence, se complique au contraire dès qu'on l'éclaire. Il lui manque un élément de diagnostic indispensable, un cachet de garantie qu'il eût été possible de lui donner, si l'on avait alors songé à rechercher le bismuth et le mercure dans l'urine, ce que M. Renault, avec les qualités de chercheur méticuleux et sévère que tout le monde lui reconnaît, n'eût pas manqué de faire s'il n'avait été induit en erreur par les affirmations catégoriques de son malade.

M. Alex. RENAULT. — Chez mon malade, la stomatite ne ressemblait pas à une stomatite mercurielle : il y avait absence de l'odeur spéciale et des lésions habituellement caractéristiques de la stomatite d'alarme.

M. A. FOURNIER. — Puisqu'il est question de stomatite, je voudrais attirer l'attention de la Société sur certaines formes de stomatite mercurielle consécutives à des injections de préparations insolubles, et différant considérablement de la stomatite mercurielle classique, telle qu'on l'observe, par exemple, à la suite des frictions.

C'est une stomatite *hypertrophique*, qu'on rencontre surtout chez les malades de la ville à la suite des injections d'huile grise. Elle ne se produit pas, comme la stomatite classique, à la façon d'une irritation aiguë, rapide et violente des gencives, avec ce flux de salive et cette odeur spéciale bien connus de tous. Elle survient lentement, sans grande douleur, presque sans salivation; puis, après un certain temps, on trouve les gencives exubérantes, transformées en gros bourrelets saignants, peu douloureux, presque scorbutiques, avec un certain ébranlement des dents, mais sans ulcération et sans grande odeur, du moins relativement à ce qu'est l'horrible fétidité usuelle de la stomatite hydrargyrique.

Cette gingivite hypertrophique est très difficilement curable, malgré des soins de bouche assidus, les gargarismes au chlorate de potasse, les attouchements à la teinture d'iode et au tannin, etc.

M. CHOMPRET. — Je demande à M. Fournier s'il pense que l'huile grise peut modifier le terrain. On sait aujourd'hui que toutes les stomatites sont infectieuses, et qu'elles prennent un aspect clinique variable selon le terrain sur lequel elles évoluent. La stomatite scorbutique, par exemple, doit sa forme aux lésions hématiques particulières à cette maladie. J'ai observé au Havre, 8 malades atteints de scorbut et qui avaient la bouche et les dents en excellent état; or, chez l'un, les lésions siégeaient au niveau d'une grosse molaire infectée; chez un autre, au niveau d'une dent de sagesse en évolution; et chez les 6 autres, elles siégeaient en arrière des incisives supérieures, au point où pendant la mastication se produit une sorte de traumatisme physiologique. Il faut donc une cause secondaire pour provoquer la lésion, et la forme de stomatite dépend bien du terrain.

M. A. FOURNIER. — Je croirais plutôt que la stomatite que je viens de décrire tient à la nature du composé mercuriel; mais je me garderais de rien affirmer à ce point de vue.

M. BROCA. — La stomatite hypertrophique, sur laquelle M. Fournier avec raison attire l'attention, est un des grands inconvénients de l'huile grise. Il ne faudrait pas croire cependant que cette forme de stomatite soit la seule que puisse produire ce médicament. J'ai souvent observé, à la suite de son emploi, des stomatites graves, à grand orchestre, avec de nombreuses et profondes ulcérations, une salivation extrêmement abondante, des douleurs effroyables, et une odeur très fétide. Beaucoup de ces malades étaient des femmes récemment sorties de l'infirmerie de Saint-Lazare, où les injections d'huile grise sont très employées. M. le Dr Jullien voulut bien venir voir quelques-unes de ces malades à l'hôpital Broca et fut très étonné de constater de semblables stomatites à la suite de ces injections; il attribua ce fait à ce que ces femmes, sorties de l'infirmerie, ne prennent plus aucun soin de leur bouche. L'explication donnée par M. Jullien est très plausible; il n'en est pas moins vrai que l'huile grise peut produire, outre la stomatite hypertrophique décrite par M. Fournier, des stomatites ulcéreuses très intenses.

M. LÉVY-BING. — Un certain nombre de femmes récemment sorties de l'infirmerie de Saint-Lazare, vont se faire soigner dans les hôpitaux sans

renseigner le médecin traitant sur les injections d'huile grise qu'on vient de leur faire. Il en était ainsi pour une au moins des malades dont a parlé M. Brocq et qui, sortant de Saint-Lazare, avait été soumise à Saint-Louis à un nouveau traitement mercuriel avant d'entrer dans le service de M. Brocq.

La plupart des malades soignées à Saint-Lazare ont des dents en très mauvais état et ne prennent aucun soin de leur bouche, bien qu'on leur donne des gargarismes, une brosse à dents et une poudre dentifrice. Dans ces conditions, n'importe quelle préparation peut provoquer des stomatites, même graves.

M. BROcq. — Les réflexions que vient de faire M. Lévy-Bing pourraient prêter à une équivoque. Sans doute, parfois les stomatites graves auxquelles j'ai fait allusion peuvent être dues à un traitement par les pilules, administré après les injections d'huile grise. Mais il n'en est certainement pas toujours ainsi, et ces stomatites peuvent être dues exclusivement aux injections d'huile grise.

Nous savons tous combien il est difficile d'obtenir des malades qu'ils prennent un soin suffisant de leur bouche. Il est certain que tous les produits mercuriels peuvent produire la stomatite; mais il me semble que l'huile grise y prédispose plus que les autres préparations mercurielles. Je ne méconnais pas les avantages de l'huile grise dont je fais un usage constant, mais il convient de mettre en lumière les inconvénients des préparations que nous employons.

M. LENGLET. — Il pourrait bien y avoir une différence d'action entre le mercure et ses dérivés : au cours des traitements que j'ai faits par méthode hypodermique, j'ai vu que les dents se déchaussent plus facilement à la suite des injections d'huile grise qu'à la suite des injections d'autres préparations.

M. HALLOPEAU. — Un des grands inconvénients de l'huile grise, c'est qu'on ne sait pas à quelle époque se fait la résorption. C'est ainsi que j'ai vu une stomatite se déclarer 17 jours après la dernière injection. Aussi n'est-ce pas sans une vive surprise et une réelle inquiétude que j'ai entendu, au dernier congrès de Lisbonne, le Dr Dehaut (de Bruxelles) déclarer qu'il injectait 14 centigrammes de mercure toutes les semaines pendant plusieurs mois.

M. LAFAY. — Je crois que ces stomatites tiennent au médicament plus qu'au terrain; c'est ainsi que la stomatite bismuthique a un aspect clinique bien différent de la stomatite mercurielle.

M. A. FOURNIER. — Je répondrai à M. Brocq que je n'ai jamais nié l'existence de stomatites graves consécutives à l'huile grise; j'en ai observé des exemples, et même de très graves. Mais, *en outre* et indépendamment de ces stomatites graves, l'huile grise produit, surtout chez les gens du monde, c'est-à-dire en dépit des soins d'hygiène buccale, une forme hypertrophique de gingivite : forme sourde, lente, indolente, essentiellement chronique, et caractérisée surtout par l'*hypertrophie gingivale*. C'est là, de

plus, une stomatite qui se produit insidieusement, sans ces préludes et ces localisations composant ce que j'ai appelé la *stomatite d'alarme*.

J'ajouterai que l'huile grise détermine plus souvent que les autres préparations mercurielles, des stomatites *tardives*, c'est-à-dire survenant 15 jours, 3 semaines et même 6 semaines après le traitement.

Ulcération linguale chez une enfant de 11 ans; syphilis acquise, datant de deux ans.

Par MM. GAUCHER et MALLOIZEL.

Maria D..., âgée de 11 ans, entre dans le service pour une ulcération allongée du rebord lingual gauche, apparue depuis deux mois. Cette ulcération, longue de 3 centimètres, à fond lisse et à bords irréguliers, est située vis-à-vis de trois dents cariées et recouvertes de tartre. Aussi, l'avait-on prise d'abord pour une ulcération dentaire simple.

C'est en interrogeant la mère et en examinant à fond la petite malade, qu'on a pu acquérir la conviction que cette dernière était syphilitique. Voici brièvement son histoire :

Née de parents bien portants, ayant un frère plus jeune qu'elle bien portant, elle était d'une santé excellente jusqu'à il y a 2 ans, époque à laquelle ses parents la confièrent à des amis à la campagne pendant 2 mois. Là, elle fut en contact avec un syphilitique, un homme de 18 ans, qui fit chez elle, journellement, des tentatives d'intromission pénienne. Quand elle fut de retour à Paris, ses parents constatèrent un écoulement vaginal et consultèrent, à l'hôpital Saint-Louis, où fut diagnostiquée la syphilis. L'accident initial fut probablement un chancre de la commissure labiale gauche. L'enfant fut alors traitée. Puis tour à tour apparurent des plaques muqueuses buccales, une roséole maculeuse, une alopécie en clairière, une iritis de l'œil droite. Actuellement, on constate encore l'existence d'adénopathies bi-inguinales et épitrochléennes à droite, une synéchie antérieure de l'iris droit; un leuco-mélanodermie du cou. Les réflexes rotuliens sont faibles; l'enfant a perdu un peu la mémoire et l'aptitude au travail. Ajoutons que l'examen de la vulve montre un hymen intact et qu'on ne constate aucune cicatrice au niveau des parties génitales.

Perforation gommeuse hérédosyphilitique du voile du palais chez une jeune fille vierge, de 15 ans.

Par MM. GAUCHER et MALLOIZEL.

Il s'agit d'une malade de 15 ans, encore vierge, qui entra le 24 avril 1906 dans le service, pour une perforation palatine.

Cette malade ne peut dire quand a commencé cet accident.

C'est insidieusement et peu à peu que la voix est devenue nasonnée et que les liquides ont reflué par les fosses nasales.

Actuellement, la malade présente au niveau de l'insertion du voile sur les palatins, sur la ligne médiane, une perforation irrégulière, bilobée, de la largeur d'une pièce de 50 centimes, profonde, avec un fond légèrement bourbillonneux. Les liquides qui refluaient par le nez n'y passent plus, mais la voix est encore nasonnée.

On constate en outre l'existence de nombreux et volumineux ganglions sous-maxillaires, apparus, dit la malade, après la perforation, et dont l'un a suppuré.

La malade ne présente aucune des dystrophies habituelles de la syphilis héréditaire. Elle est cependant très petite, et ne mesure que 1 m. 44. Elle a eu 12 frères ou sœurs, dont 5 sont vivants et bien portants, mais dont les 7 autres sont morts.

Il n'y a aucune cicatrice cutanée; la malade est vierge; elle perd ses cheveux, mais a eu une fièvre typhoïde au mois de janvier.

Épithélioma du dos de la main.

Par M. MORESTIN.

Le traitement des pertes de substance tégumentaire du dos de la main constitue un cas relativement fréquent de chirurgie répa-



FIG. 1. — Avant l'opération.

atrice. On ne saurait évidemment adopter une pratique uniforme et, selon les circonstances, il convient d'avoir recours à la greffe



FIG. 2. — Immédiatement après l'opération.



FIG. 3. — Après guérison.

italienne ou aux greffes dermo-épidermiques, ou plus simplement d'abandonner la plaie à la réparation spontanée. J'ai pris ce dernier parti chez le malade que je vous présente.

C'est un vieillard de 72 ans, que j'ai opéré le 11 septembre 1903 pour un épithéliome de la main droite, lésion encore superficielle et mobile, mais déjà fort étendue et évoluant depuis près d'une année (fig. 4). Ses dimensions pouvaient être évaluées à deux travers de doigt dans le sens vertical, trois dans le sens transversal. La plaque néoplasique couvrait les 2^e, 3^e, 4^e métacarpiens depuis l'interligne carpo-métacarpien jusqu'à deux travers de doigt des interlignes métacarpo-phalangiens. L'extirpation laissa une perte de substance considérable présentant en largeur quatre travers de doigt, en hauteur plus de trois (fig. 2). Cette plaie s'est réparée complètement en deux mois, sous des pansements aseptiques, sans aucune intervention réparatrice.

Je me proposais, il est vrai, d'appliquer des greffes dermo-épidermiques pour obtenir une guérison plus rapide, mais tandis que la plaie de main *droite* secicatrissait et présentait le meilleur aspect, était survenu un phlegmon du coude *gauche*, consécutif à un hygroma suppuré rétro-olécrânien. On dut ajourner les greffes, et quand on put songer à l'opération, la guérison spontanée était proche et leur secours inutile.

La cicatrisation a été d'ailleurs obtenue dans les meilleures conditions (fig. 3). La cicatrice est souple, solide, non adhérente et ne gêne aucunement les mouvements de la main, ni des doigts; le jeu des tendons extenseurs est demeuré normal.

L'évolution aseptique des plaies permet, en effet, à la réparation de s'effectuer dans des conditions extrêmement favorables. Chez les sujets âgés, dans de mauvaises conditions pour supporter des interventions longues et compliquées, nécessitant l'anesthésie générale, il est extrêmement précieux de pouvoir obtenir à si peu de frais des résultats comparables à celui-ci.

Épithélioma du pavillon de l'oreille propagé à la région parotidienne.

Par M. MORESTIN.

Mon maître Verneuil avait beaucoup insisté sur ce qu'il appelait l'*anaplastie secondaire*. Il commandait d'ajourner les interventions réparatrices, de les pratiquer tardivement, assurant qu'elles étaient alors plus économiques et plus simples. Si l'on n'a pas donné à cette pratique toute l'attention qu'elle méritait, c'est qu'à cette époque le travail de réparation d'une plaie exposée s'effectuait dans des conditions septiques qui gâtaient le résultat. Il n'en est plus de même



FIG. 1.



FIG. 2.

aujourd'hui, et je suis grand partisan des interventions opératoires secondaires. Dans des cas où l'autoplastie immédiate eût exigé des manœuvres opératoires laborieuses ou délicates, on peut parfois obtenir la guérison par des actes très simples, dépourvus de périls et de difficultés.

C'est ainsi que j'ai procédé chez le malade que je vous ai présenté, guéri d'un vaste épithélioma du pavillon de l'oreille propagé au conduit auditif et aux téguments circonvoisins, principalement à la région parotidienne.

La lésion avait débuté à la partie antérieure du pavillon, entre le tragus et le lobule, et s'était de là étendue en tous sens. Elle évoluait depuis deux ans quand j'ai opéré le malade, âgé de 63 ans. Le 2 février de cette année, à Saint-Louis, dans le service de mon ami et collègue Beurnier, j'ai pratiqué l'ablation du pavillon du conduit auditif externe en totalité, des téguments de la région parotidienne, et d'un ganglion néoplasique occupant les limites de la région parotidienne et sterno-mastoidienne. Je remis à plus tard la réparation et abandonnai provisoirement à elle-même la plaie qui, d'après le décalque pris au moment de l'intervention, présentait 9 centimètres dans le sens vertical et 8 dans le sens transversal, et d'autre part s'enfonçait profondément entre la mastoïde et la parotide mises à nu. Cette plaie surveillée attentivement, mais pansée de la manière la plus simple, se combla peu à peu, se nivela, se rétrécit. Elle offrait une surface à peu près plane de l'étendue d'une pièce de 5 francs, quand, le 26 février, j'y fis l'application de greffes dermo-épidermiques prélevées sur le moignon de l'épaule. Ces greffes récurèrent et dès lors la plaie se réduisit à quelques espaces irréguliers répondant aux intervalles des greffes. Vers la fin de mars la cicatrisation totale était obtenue.

Ce cas examiné au point de vue du mode de réparation, n'est pas une exception, mais un exemple : un très grand nombre de pertes de substance de la face, même très étendues, principalement chez des sujets âgés, sont susceptibles de guérir dans de bonnes conditions, par l'application tardive de greffes dermo-épidermiques, en permettant au préalable aux tissus de travailler dans des conditions aseptiques, de réduire et niveler la plaie, de nous fournir en somme la plus efficace collaboration.

Cas de pityriasis rubra pilaire chez une femme.

PAR M. J. BRAULT.

Depuis 14 ans que je me trouve en Algérie, c'est la première fois que j'y rencontre le *pityriasis rubra pilaire*, affection d'ailleurs très rare. C'est également la première fois que j'observe une femme atteinte de cette maladie cutanée (1).

(1) Autrefois, à Lyon, j'ai vu deux fois l'affection chez les hommes appartenant au service de M. Cordier, chirurgien-major de l'Antiquaille.

OBSERVATION. — H. F..., 30 ans, employée à Alger, entre à la salle Rollet, le 15 avril 1906.

Du côté des ascendants ou des proches, on ne trouve rien qui puisse se rapporter à l'affection que présente actuellement notre malade.

Elle-même, jusqu'à l'âge de 30 ans, n'a jamais eu d'affection sérieuse; en particulier, elle n'a jamais présenté d'éruptions cutanées.

Elle compte dix grossesses, dont huit se sont terminées par des fausses couches, les deux autres enfants sont bien portants. La malade est israélite et paraît surtout présenter du nervosisme, c'est une hystérique.

Il y a quelques semaines (à la suite d'une forte contrariété, nous dit-elle),



FIG. 1.

elle ressentit par tout le corps d'assez vives démangeaisons (1) et vit survenir une éruption généralisée. Elle se fit soigner d'abord en ville, mais, de guerre lasse, elle se décide à entrer à l'hôpital.

Voici comment elle se présente à nous, lors de son entrée dans la salle.

La face est couverte d'une pâle rougeur diffuse; la peau lisse, tendue, luisante, simule une sorte de masque sec légèrement pityriasique; en certains points, surtout vers les orifices naturels, on y remarque de fines plicatures.

Au cuir chevelu, la scène change: dans toute l'étendue de la région, on ne remarque que des croûtelles plâtreuses qui agglutinent plus ou moins les cheveux.

Les oreilles sont prises et l'affection s'avance jusque dans les conduits auditifs.

Au cou, surtout à la nuque, nous rencontrons l'élément caractéristique de l'affection: le *cône péripilaire* (fig. 1).

(1) Il faut se souvenir qu'il s'agit d'une névropathe.

Dans cette région, les cônes sont en quelque sorte confluents, disposés en lignes serrées et la peau prend l'aspect d'une véritable râpe. Quand on



FIG. 2.

examine à la loupe chaque élément corné, on voit que le sommet de chaque cône est tronqué et présente l'aspect d'un petit cratère.

Sur les épaules, sur la poitrine et sur les bras, on observe une rougeur



FIG. 3.

diffuse et des desquamations, tantôt pityriasiformes, tantôt plus larges: il y a aussi des fissures.

Sur le reste du tronc et sur les cuisses les cônes reparaissent, mais ils sont, d'une façon générale, plus disséminés qu'au cou.

Sur le dos des mains, les lésions ne sont pas aussi caractéristiques que parfois; les saillies kératosiques, si typiques d'habitude en cette région, ne se voient que par flots, ailleurs il y a de la rougeur et des desquamations pityriasiques.

En revanche, les faces palmaires, ainsi que les régions plantaires sont tout à fait classiques.

Ces régions, colorées en rouge brun, présentent une hyperkératose diffuse surtout très accentuée aux pieds. Aux mains, on voit des plis qui barrent les flots kératosiques (fig. 2); aux régions plantaires, on rencontre, par places, des crevasses tout à fait profondes (fig. 3).

Les ongles eux-mêmes sont touchés, toutefois d'une façon plutôt légère: les sillons qu'ils présentent sont peu nombreux et peu marqués, mais quand on les regarde par leur extrémité libre, ils semblent assez épaissis, grâce au dépôt d'une véritable masse cornée.

Tous les divers détails de cette description sont parfaitement rendus par les photographies prises par notre préparateur M. R. Dida et que nous avons l'honneur de soumettre à la Société.

Le traitement ne nous arrêtera pas longtemps. On sait que les médications internes sont nulles dans le pityriasis rubra pilaire; la malade a pris chez elle (d'ailleurs sans aucun profit) des pilules et une potion blanche; il est très probable qu'il s'agit de granules d'arsenic et d'une solution arsenicale.

A l'hôpital, tout en mettant le sujet à un régime doux, nous nous sommes adressé uniquement à la médication locale: graisses, bains alcalins, réducteurs.

En face d'un cas si net, le diagnostic s'impose en quelque sorte, et il nous paraît superflu d'entamer ici, d'une façon classique, le diagnostic différentiel avec: les érythrodermies, l'ichthyose, la xérodermie, les lichens ou le psoriasis

Nouveau mode de préparation du benzoate de mercure.

Par MM. DESMOULIÈRE et L. LAFAY.

Parmi les diverses préparations solubles de mercure, M. le professeur Gaucher accorde depuis longtemps déjà la préférence au benzoate dissous à l'aide de chlorure de sodium. Cette préférence est on ne peut plus justifiée par les excellents résultats thérapeutiques qui ont été obtenus, et par ce fait que le benzoate de mercure, solubilisé à l'aide de chlorure de sodium ou de benzoate d'ammoniaque, n'occasionne pas la précipitation des matières albuminoïdes du sérum sanguin.

Deux procédés sont actuellement employés pour la préparation du benzoate de mercure.

1° M. le professeur Gaucher (1) a indiqué le mode opératoire suivant : « Traiter à chaud l'oxyde de mercure par l'acide nitrique à 1,20, diluer cette solution dans l'eau et la mettre en présence d'une solution de benzoate de soude à 1,88 p. 40. Cette préparation est longue, car le benzoate de mercure ainsi précipité a besoin d'être lavé avec soin pendant très longtemps à l'eau froide; elle exige huit ou dix jours. »

2° On fait agir à douce chaleur et au bain-marie en solution alcoolique de l'acide benzoïque en excès sur de l'oxyde jaune de mercure récemment précipité, jusqu'à disparition complète de l'oxyde de mercure. Par refroidissement, la liqueur laisse déposer des cristaux incolores en aiguilles prismatiques de benzoate de mercure. Le sel obtenu correspondrait à la formule $(C^7 H^5 O^2)^2 Hg$ (2).

Le premier mode opératoire est de beaucoup préférable, car par le second procédé on obtient un benzoate *moins soluble* et de *réaction acide*. D'ailleurs l'emploi de l'alcool est à éviter pour la préparation du benzoate de mercure. Nous avons pu vérifier en effet que si l'on triture à plusieurs reprises du benzoate de mercure avec de l'alcool, il y a dissociation du benzoate, l'alcool s'empare de composés mercuriques acides et laisse un produit de plus en plus basique, l'action suffisamment prolongée aboutit à la mise en liberté d'oxyde de mercure. La décomposition peu rapide à froid est instantanée sous l'influence de la chaleur.

Le procédé indiqué par M. le professeur Gaucher permet d'obtenir un produit se dissolvant presque immédiatement en présence de chlorure de sodium, en donnant une solution neutre.

Nous avons cependant cherché à le modifier pour les diverses raisons suivantes : l'azotate mercurique n'est pas un composé nettement défini, mais un mélange de produits complexes pouvant exister simultanément dans la liqueur ; la solution de nitrate mercurique a une réaction très acide, et mise en contact avec une solution de benzoate de soude elle mettra en liberté une proportion élevée d'acide benzoïque occasionnant des lavages très longs. (On peut, il est vrai, obvier en partie à ce dernier inconvénient en ne dissolvant l'oxyde de mercure que dans la quantité strictement nécessaire d'acide azotique.) D'autre part, le benzoate de mercure préparé par double décomposition avec l'azotate a une très légère

(1) Sur une nouvelle formule de solution injectable de benzoate de mercure, par M. E. GAUCHER (*Société médicale des hôpitaux*, 29 nov. 1901).

(2) Benzoate de mercure, par Ed. DESSESQUELLE; *Bulletin des Sciences pharmacologiques*, 1902, p. 95.

teinte jaunâtre due à l'emploi de l'acide azotique; enfin nous avons cherché à diminuer la durée des lavages.

Le mode opératoire que nous conseillons est le suivant : précipiter de l'oxyde de mercure en versant peu à peu une solution de sublimé dans une solution de potasse à l'alcool, laver par décantation jusqu'à ce que les eaux de lavage ne précipitent plus par l'azotate d'argent. Dissoudre la bouillie d'oxyde jaune obtenue à l'aide d'acide acétique dilué. On pourrait de même dissoudre l'oxyde de mercure à l'aide d'acide lactique dilué, mais à la condition de faire bouillir au préalable pendant une demi-heure l'acide lactique étendu de dix fois son poids d'eau, afin de détruire les anhydrides, acide dilactique et lactide, toujours contenus dans l'acide concentré. Que l'on emploie l'acide acétique ou l'acide lactique, avoir soin d'éviter toute élévation de température, et n'ajouter que la quantité d'acide nécessaire à la dissolution de l'oxyde, au besoin laisser une trace d'oxyde non dissoute, de façon à être sûr de n'avoir pas un excès d'acide dans la liqueur.

Filtrer et verser peu à peu dans cette solution une solution de benzoate de soude à 5 p. 100 environ.

Laver le précipité à la trompe à l'aide d'un entonnoir en porcelaine de Büchner; pour cela, essorer d'abord soigneusement le précipité sur un disque en papier spécial placé dans l'entonnoir, puis le délayer dans de l'eau distillée (opérer avec de l'eau distillée froide, le benzoate de mercure étant légèrement soluble dans l'eau, et d'autant plus que la température est plus élevée). Égoutter à nouveau sur l'entonnoir et recommencer plusieurs fois l'opération. Après avoir délayé et essoré le précipité quatre ou cinq fois, les eaux de lavage sont neutres au tournesol. Cette façon d'opérer est très rapide et permet de dessécher en grande partie le précipité. Il ne reste plus, dès lors, qu'à achever la dessiccation dans le vide au-dessus de l'acide sulfurique en étalant le benzoate sur des plaques de verre ou des assiettes.

Le produit obtenu par le procédé que nous venons d'exposer nous a fourni à l'analyse une quantité de mercure répondant très exactement à la formule $(C^7H^5O^2)^2Hg + H^2O$; il renferme par conséquent 43.478 p. 100 de mercure.

L'analyse pourra d'ailleurs en être faite très simplement en utilisant la méthode cyano-argentimétrique de Denigès. Pour cela, dissoudre à l'aide de chlorure de sodium 1 gramme de benzoate dans quantité suffisante d'eau distillée pour faire 100 centimètres cubes. Dans un vase à saturation, placer 20 centimètres cubes de cette liqueur, 40 centimètres cubes d'ammoniaque, 10 centimètres cubes de solution de cyanure de potassium (équivalant à $AgAzO^3 \frac{N}{10}$), 1 centimètre cube d'iodure de potassium à $\frac{1}{10}$ et 50 à 60 centimètres cubes d'eau.

Verser à l'aide d'une burette graduée, une solution décime d'azotate d'argent jusqu'à opalescence. Soit 9 la quantité d'azotate d'argent $\frac{N}{10}$ employée, $10 - 9 = a$ représente la proportion d'Ag AzO₃ $\frac{N}{10}$ correspondant au mercure de 20 centimètres cubes de liqueur. On corrige ce chiffre en le multipliant par 0,96 s'il est compris entre 0 et 5,5, en le multipliant par 1,04 et retranchant 0,45 du résultat si ce chiffre est compris entre 5,5 et 9,5. Le nouveau chiffre obtenu multiplié par 0,02 (dix millième du poids atomique du mercure) donnera la quantité de Hg renfermée dans les 20 centimètres cubes de solution de benzoate mis en expérience.

Le benzoate de mercure, préparé comme nous l'avons dit ci-dessus, se présente sous la forme d'un produit très blanc, léger et se dissolvant instantanément et complètement en présence de chlorure de sodium (absence de sel mercurieux), en donnant une *solution neutre*. La quantité de chlorure de sodium nécessaire pour assurer la dissolution est très faible et voisine de 0 gr. 30 pour 1 gramme de benzoate et 100 centimètres cubes d'eau.

La solubilisation du benzoate de mercure destiné à être injecté peut se faire soit à l'aide de benzoate d'ammoniaque, soit à l'aide de chlorure de sodium. Avec le benzoate d'ammoniaque on devra employer un sel neutre ou légèrement alcalin ; en général même un léger excès d'ammoniaque est nécessaire pour assurer la dissolution. Notons en passant qu'il est assez difficile de préparer cette injection, car, si l'on opère à la touche sur du papier de tournesol pour vérifier la réaction du benzoate d'ammoniaque, le papier de tournesol rougit assez rapidement même avec un benzoate alcalin, ce qui provient de la dissociation du benzoate d'ammoniaque, une partie de l'ammoniaque se volatilise et laisse un benzoate acide rougissant fortement le tournesol. Enfin les injections de benzoate de mercure dans le benzoate d'ammoniaque sont presque toujours très douloureuses. Avec juste raison M. le professeur Gaucher conseille de dissoudre le benzoate de mercure dans une solution hypertonique de chlorure de sodium, ce qui rend les injections à peu près indolores. La formule qu'il a adoptée est la suivante :

Benzoate de mercure.....	1 gr.
Chlorure de sodium pur.....	2 gr. 50
Eau distillée stérilisée.....	Q. S. pour faire 100 c.c.

Il est évident qu'en opérant ainsi la solution, il s'établit entre les bases et les acides en présence un équilibre chimique. Cette transformation a fait critiquer par certains auteurs l'emploi du chlorure de sodium comme dissolvant du benzoate de mercure. A notre avis, le fait n'a aucune importance dans le cas présent, l'essentiel est d'obtenir une injection peu douloureuse, dont la teneur en mercure

soit exactement connue, et donnant de bons résultats thérapeutiques. Une expérience déjà longue a permis de constater qu'il en était ainsi avec le benzoate de mercure solubilisé par le chlorure de sodium.

De nombreux essais ont été faits dans le service de M. le professeur Gaucher avec le benzoate ci-dessus et des échantillons de benzoate de diverses provenances ou préparés par un procédé différent. Il a été constaté que l'injection de benzoate, dont nous avons exposé le mode de préparation et la formule, était la moins douloureuse et donnait d'excellents résultats.

En général, on utilise la solution au centième et à la dose de 2 centimètres cubes par jour; dans certains cas on peut aller jusqu'à 5 centimètres cubes sans inconvénient.

Disons, pour terminer, que, si on le veut, on pourra ajouter à la solution ci-dessus un ou deux milligrammes par centimètre cube de benzoate ou de chlorhydrate de cocaïne. Il sera difficile de dépasser cette dose d'anesthésique, surtout en hiver, car il y aurait précipitation par le mercure d'une partie de l'alcaloïde; d'ailleurs, comme nous venons de le dire, l'injection, telle quelle, est peu douloureuse et une très faible dose de cocaïne suffit à la rendre indolore.

Éruption iodique retardée.

Par M. MOTY.

Le sujet de cette observation est un homme de 47 ans, entré le 9 mars à l'hôpital M. Saint-Martin, pour une sciatique gauche datant de 5 ans. Il est employé au ministère de la marine, a fait un séjour de 8 ans dans les régions tropicales, sans y contracter de maladie et est rentré en France depuis 23 ans.

Il est âgé de 47 ans, sa constitution est robuste et il ne se plaint que de sa sciatique. Traité par l'iodure de potassium à doses progressives (4 à 12 grammes) dans le service de M. le médecin-major de 1^{re} classe Boulian, il ressent une amélioration notable du côté de sa sciatique, mais 3 jours après la suppression brusque de l'iodure, le 18 avril, il accuse de vives démangeaisons sur l'abdomen où l'on remarque une éruption assez singulière qui s'étend rapidement à tout le tronc et aux membres en ne respectant que la tête et les extrémités; mais c'est sur l'abdomen un peu obèse qu'elle acquiert son plus complet développement.

Elle est constituée par de petits placards longitudinaux de 2 à 5 centimètres de longueur, irrégulièrement ondulés, de teinte légèrement grisâtre et bordés plus ou moins nettement par une ligne sinueuse rose qui, à la loupe, apparaît comme une crevasse épidermique à bords saillants; toute la peau est prise, mais les placards gris, à surface d'apparence pityriasique, passent au premier abord pour de la peau saine, et l'idée de vergeture se présente à l'esprit quand on découvre le malade.

Les démangeaisons augmentent le soir, la marche les rend plus vives, le contact du lit les calme. Il n'y a jamais eu de suintement; le salicylate de bismuth n'a pas donné d'amélioration; l'acide salicylique en solution alcoolique produit une sensation de brûlure suivie d'une accalmie.

Si l'on voulait classer anatomiquement cette lésion, on pourrait en faire un eczéma iodique avec Fischer, de Vienne, ou même un pityriasis; mais ce qu'il y a surtout à relever dans l'observation, c'est l'apparition de la maladie quatre jours après la cessation de l'iodure.

Quant au prurit, qui manque ordinairement dans les éruptions iodiques, il s'expliquerait par la nature de la lésion et le terrain arthritique sur lequel elle évolue.

S'il en est ainsi, il est à croire qu'elle disparaîtra rapidement sous l'influence des traitements (bains-lotions); la peau a déjà recouvré sa coloration normale dans le milieu des placards.

Les urines sont normales et ne contiennent plus trace d'iode.

M. A. FOURNIER. — Cette éruption a un aspect si insolite qu'il semble bien difficile de l'attribuer à l'iodure.

Tertiarisme précoce (chancre phagédénique et perforation du voile du palais).

Par M. CARLE.

Le cas de tertiarisme précoce, présenté à la séance du 7 décembre 1903, par MM. Gaucher et Boisseau, m'engage à faire connaître l'observation qui suit, intéressante par son analogie avec la précédente et par quelques considérations thérapeutiques qui en découlent.

Le 3 juin 1905, je reçois la visite de M. X..., négociant, 45 ans, envoyé par un confrère. M. X... est porteur, sur la partie dorsale du fourreau, d'une érosion crouteuse, classiquement indurée. Adénopathie gauche de grosseur moyenne. Le diagnostic de chancre syphilitique s'impose. Les circonstances me permettent d'ailleurs une confrontation. M. X..., marié, a une maîtresse, laquelle est soignée pour une grosseur vulvaire, qualifiée par elle de « bartholinite ». X... estimant qu'une bartholinite ne constitue pas un empêchement, a eu des rapports avec sa maîtresse en avril-mai. Je vois le confrère traitant la dame, laquelle est en ce moment porteur d'une roséole, de plaques muqueuses, etc.; la grosseur vulvaire ayant été en réalité un accident primitif. X... n'a aucun antécédent suspect. Il est marié depuis 20 ans, et sa femme n'a jamais présenté rien de douteux. Leurs rapports sont d'ailleurs suspendus depuis longtemps.

Du 10 juin au 10 juillet, je fais 15 injections de benzoate de Hg., dosées à

soit exactement connue, et donnant de bons résultats thérapeutiques. Une expérience déjà longue a permis de constater qu'il en était ainsi avec le benzoate de mercure solubilisé par le chlorure de sodium.

De nombreux essais ont été faits dans le service de M. le professeur Gaucher avec le benzoate ci-dessus et des échantillons de benzoate de diverses provenances ou préparés par un procédé différent. Il a été constaté que l'injection de benzoate, dont nous avons exposé le mode de préparation et la formule, était la moins douloureuse et donnait d'excellents résultats.

En général, on utilise la solution au centième et à la dose de 2 centimètres cubes par jour; dans certains cas on peut aller jusqu'à 5 centimètres cubes sans inconvénient.

Disons, pour terminer, que, si on le veut, on pourra ajouter à la solution ci-dessus un ou deux milligrammes par centimètre cube de benzoate ou de chlorhydrate de cocaïne. Il sera difficile de dépasser cette dose d'anesthésique, surtout en hiver, car il y aurait précipitation par le mercure d'une partie de l'alcaloïde; d'ailleurs, comme nous venons de le dire, l'injection, telle quelle, est peu douloureuse et une très faible dose de cocaïne suffit à la rendre indolore.

Éruption iodique retardée.

Par M. MOTY.

Le sujet de cette observation est un homme de 47 ans, entré le 9 mars à l'hôpital M. Saint-Martin, pour une sciatique gauche datant de 5 ans. Il est employé au ministère de la marine, a fait un séjour de 8 ans dans les régions tropicales, sans y contracter de maladie et est rentré en France depuis 23 ans.

Il est âgé de 47 ans, sa constitution est robuste et il ne se plaint que de sa sciatique. Traité par l'iodure de potassium à doses progressives (4 à 12 grammes) dans le service de M. le médecin-major de 1^{re} classe Boulian, il ressent une amélioration notable du côté de sa sciatique, mais 3 jours après la suppression brusque de l'iodure, le 18 avril, il accuse de vives démangeaisons sur l'abdomen où l'on remarque une éruption assez singulière qui s'étend rapidement à tout le tronc et aux membres en ne respectant que la tête et les extrémités; mais c'est sur l'abdomen un peu obèse qu'elle acquiert son plus complet développement.

Elle est constituée par de petits placards longitudinaux de 2 à 5 centimètres de longueur, irrégulièrement ondulés, de teinte légèrement grisâtre et bordés plus ou moins nettement par une ligne sinueuse rose qui, à la loupe, apparaît comme une crevasse épidermique à bords saillants: toute la peau est prise, mais les placards gris, à surface d'apparence pityriasique, passent au premier abord pour de la peau saine, et l'idée de vergeture se présente à l'esprit quand on découvre le malade.

Les démangeaisons augmentent le soir, le matin les yeux sont vus en regard du malade, l'un à peine et de suite l'autre de suite et de l'autre il a pas donné d'indications, l'autre se dit que au soir ou quelque produit une sensation de brûlure sur le malade.

Si l'on voulait classer anatomiquement cette lésion, on pourrait en faire un eczéma iodique avec Fischer, de Verne, ou même un pyramisme mais ce qu'il y a surtout à retenir dans l'observation, c'est l'apparition de la maladie quatre jours après la cessation de l'iodure.

Quant au prurit, qui manque ordinairement dans les eczémas iodiques, il s'expliquerait par la nature de la lésion et le terrain arthritique sur lequel elle évolue.

S'il en est ainsi, il est à croire qu'elle disparaîtra rapidement sous l'influence des traitements thérapeutiques : la peau a déjà recouvré sa coloration normale dans le milieu des plaques.

Les urines sont normales et ne contiennent plus trace d'odeur.

M. A. Fournier — Cette éruption a été observée par un confrère qui n'a pu attribuer à l'iodure de l'attribution à l'iodure.

Tertiarisme précoce : chancre phagédénique et perforation du voile du palais.

Par M. GALT.

Le cas de tertiarisme précoce, présenté à la séance du 7 décembre 1903, par MM. Gaultier et Bresson, méritait à la re connaître l'observation qui suit, intéressante par son analogie avec la précédente et par quelques considérations thérapeutiques qui en découlent.

Le 3 juin 1906, je reçois la visite de M. A. qui a 45 ans, envoyé par un confrère. M. A. est porteur sur la partie inférieure de la lèvre d'une érosion croûteuse, massivement tuberculeuse. Au milieu de la lèvre, de grosseur moyenne. Le tout sur le chancre syphilitique. Les circonstances me permettent de voir les deux frères de M. A. (mariage, une maîtresse, laquelle est sa femme pour une grosse érosion, par l'effet de « bartholinite »). A. est un homme, qu'une bartholinite ne constitue pas un empêchement, à ses rapports avec sa maîtresse ou avec elle. Je vois le confrère traitant la lèvre, laquelle est au moment porteur d'une roséole, de plaques maculeuses, etc. la grosseur lèvre ayant été en réalité un accident ~~minime~~. A. n'a aucun antécédent suspect. Il est marié depuis 20 ans.

Leurs rapports sont :

Du 10 juin au 10 j

le n'a jamais présenté rien de douteux.

— les lésions antérieures.

— les lésions antérieures de Hg, doses à

THALMANN. — *Die Syphilis und ihre Behandlung im Lichte neuer Forschungen.* Dresden, 1906.

— *Eine neue Methode der Quecksilberbehandlung.* Dresden, 1906.

Nécrologie.

M. A. Fournier annonce à la Société la mort du professeur Tarnowsky, de Saint-Petersbourg; il rappelle en quelques mots l'importance de ses travaux en syphiligraphie et notamment ses recherches sur la *famille syphilitique* et la *syphilis binaire*.

Sur deux cas de gommes lymphangitiques ascendantes chez les lupiques.

Par M. H. HALLOPEAU.

Les cliniciens ont, à juste titre, séparé le lupus vulgaire des autres tuberculides cutanées : il n'en a, ni les éléments éruptifs, ni l'évolution; il est bien probable qu'il s'y produit une modification dans l'activité et les genèses toxiniennes du bacille de Koch, bien que son inoculation puisse donner lieu à des tuberculoses vulgaires. On ne saurait s'en étonner; il est d'observation que l'inoculation peut modifier les caractères de l'agent infectieux : c'est ainsi que les syphilides secondaires, inoculées à d'autres sujets, donnent lieu à la production des chancres indurés alors que, chez l'individu affecté, leur prolifération se traduit par l'apparition d'éléments semblables à elles-mêmes.

Il y a cependant des cas où les deux ordres de manifestations tuberculeuses se produisent simultanément chez le même sujet : ce sont des faits de cette nature qui ont amené en premier lieu à reconnaître l'origine tuberculeuse du lupus.

Parmi ces manifestations concomitantes de tuberculose vulgaire, on n'a jusqu'ici signalé que rarement les gommes lymphangitiques; aussi croyons-nous devoir présenter à la Société deux malades chez lesquels cette coïncidence existe; nous résumerons ainsi qu'il suit leur histoire clinique.

Le nommé F..., âgé de 34 ans, débardeur, entré le 9 avril 1900, salle Bazin.

Les antécédents de ce malade se bornent à une syphilis contractée il y a 5 ans; après avoir eu son chancre et la roséole, il n'a pas présenté d'accidents depuis 2 ans.

Depuis 8 ans, il est atteint d'un lupus du visage, à forme tubéro-ulcéreuse, qui détruit entièrement le lobule du nez avec ectropion bilatéral. Les éléments en sont encore en activité sur les joues et au-dessous des oreilles.

Le malade ne tousse, ni ne crache; l'auscultation du poumon ne révèle rien d'anormal.

Il y a 4 mois, s'est ouvert un abcès fistuleux de la fesse d'origine osseuse.

Il y un an, à la face interne de l'articulation métacarpo-phalangienne du gros orteil gauche, le malade a eu un abcès tuberculeux, lequel est devenu végétant, et sur lequel M. Danlos a pratiqué un raclage; il persiste une croûte qui tombe souvent. Au-dessous, une ulcération à bords taillés à pic, à fond végétant, mesure environ 3 centimètres de largeur sur 2 centimètres de hauteur.

À la périphérie, existe une petite ulcération circonscrite du volume d'une lentille correspondant à un nouveau foyer.

Il y a 2 mois, se sont développées deux masses fluctuantes du volume d'une noisette, l'une environ 12 millimètres au-dessus et en dedans de la grande ulcération, l'autre, 2 centimètres plus haut sur le dos du pied. La pression fait rendre un liquide purulent, dans lequel un examen extemporané par la méthode de Ziehl n'a décelé aucun bacille.

Elles ont le caractère de gommes tuberculeuses. Ces deux néoplasies sont survenues spontanément.

Adénopathie au triangle de Scarpa correspondant, ne suppurant pas.

La nommée G..., âgée de 42 ans, est atteinte de lupus depuis l'âge de 14 ans : à cette époque, elle a eu du coryza, puis, le lupus est apparu à la face, sur la narine droite, et de là s'est étendu à toute la face.

A peu près à la même époque, la malade a eu une suppuration de l'articulation de la 1^{re} avec la 2^e phalange du médius gauche; cette suppuration a duré 4 ou 5 ans; l'arthropathie a guéri par ankylose.

À la suite de cette affection est apparu un lupus du dos de la main.

En 1888, des lésions laryngées ont nécessité une trachéotomie, et la malade porte encore une canule.

Depuis 2 mois, sont survenues de petites gommes, s'étagant depuis le lupus du dos de la main jusqu'au pli du coude et sur lesquelles nous désirons attirer l'attention.

État actuel, 3 juin. Le lupus a envahi toute la face.

On trouve également des lésions lupiques sur la face externe du coude droit, sur la face antérieure de l'avant-bras droit, sur l'épaule gauche et au pli du coude gauche.

Le médius, à gauche, est maintenu en flexion forcée de la deuxième phalange sur la première par une ankylose remontant à l'adolescence et due vraisemblablement à de l'ostéo-arthrite tuberculeuse.

À la suite de cette affection, est apparue une plaque de lupus sur le dos de la main que l'on constate à l'heure actuelle. Située au-dessus des articulations des trois doigts médians, elle gagne un peu sur la face dorsale du médius, s'étendant au dos de la main sur une hauteur de 4 centimètres environ et une largeur de 6 à 8 centimètres.

De ce lupus partent une série de petites gommes qui remontent jusqu'au niveau du pli du coude en suivant un trajet régulier. Au nombre de 8, elles s'étagent depuis l'articulation métacarpo-phalangienne sur le dos du métacarpien et au-dessus de l'apophyse styloïde du cubitus.

Ces éléments se retrouvent à différents stades :

1° Nodule fortement saillant à pourtour légèrement érythémateux, arrondi, ayant un centre ulcéré et des contours finement découpés; le fond, jaunâtre, est légèrement suintant.

Le bord est fortement induré; au pourtour existe une légère collerette desquamative; tout le nodule est mobile avec la peau.

2° Le nodule s'est aplati, l'ulcération est recouverte d'une croûte jaunâtre entourée d'une collerette de desquamation.

3° Élément non ulcéré: même nodule arrondi, induré, mobile avec la peau, entouré d'une desquamation jaunâtre.

4° Sous la peau et dans son épaisseur on retrouve un petit nodule induré, faisant une légère saillie; la peau est à ce niveau un peu plus lisse et luisante.

5° Lorsque l'on palpe la région du pli du coude, on trouve dans le prolongement de cette trainée 2 petits nodules roulant sous le doigt mais ne provoquant aucune saillie de la peau.

Sur la face antérieure de l'avant-bras et continuant le trajet de la trainée gommeuse suivant une ligne qui gagne en spirale le pli du coude, on trouve un placard érythémateux sous lequel roulent 4 ou 5 petits éléments semblables faisant une légère saillie.

Ces éléments ne sont pas douloureux, sauf lorsqu'ils marchent vers la suppuration. L'un d'eux, présentant une certaine mollesse rappelant la fluctuation, a pu être ponctionné à la seringue de Pravaz, il a donné une goutte de liquide purulent mal lié rappelant le pus des abcès froids. Un examen extemporané par la méthode de Ziehl n'a permis d'y trouver aucun bacille.

Il y a un très petit ganglion axillaire. A l'auscultation, l'on perçoit une expiration prolongée au sommet droit et des craquements humides au sommet gauche (1).

Cette étude va être complétée par la recherche comparative de bacilles de Koch dans les lésions lupiques et les lésions gommeuses et par leur inoculation à des cobayes. Quoi qu'il en soit, il est remarquable de voir deux modes d'action tout à fait distincts du bacille de Koch se produire simultanément chez les mêmes sujets.

Nous ferons remarquer d'ailleurs que chez la nommée G..., dès le début de son infection, des arthropathies sont venues donner le témoignage qu'il ne s'agissait pas seulement de lésions lupiques.

Il semble bien que ce soit exclusivement la localisation du microbe dans le milieu dermique qui soit la cause des caractères particuliers qui appartiennent au lupus: si, en effet, chez nos deux malades, la peau est altérée du fait des productions gommeuses, ces lésions tégumentaires peuvent être considérées comme surtout passives et consécutives au transport, par la voie des lymphatiques sous-cutanés, des bacilles de Koch.

Il semble bien aussi que ces bacilles perdent dans le tégument externe une partie de leur activité, car leurs manifestations conco-

(1) Ces observations ont été recueillies par M. Boudet, interne du service.

mitantes dans divers organes présentent un caractère de bénignité : en effet, la nommée G... est atteinte depuis plus de 18 ans d'une tuberculose pulmonaire et laryngée et nous avons vu que les signes stéthoscopiques sont encore peu prononcés chez elle; de même ses arthropathies remontent à une date très ancienne et elles ne s'accompagnent pas de suppurations.

M. DANLOS. — Si j'ai bien compris ce que vient de dire M. Hallopeau, il en résulterait que, d'après lui, les plaques muqueuses sont réinoculables au porteur; c'est là, j'ose le dire, une proposition révolutionnaire.

M. FOURNIER. — M. Hallopeau a-t-il quelques faits expérimentaux à l'appui de son hypothèse? Si oui, nous demandons à les connaître; sinon, je m'en tiens aux résultats invariablement négatifs des auto-inoculations des plaques muqueuses. Après les innombrables tentatives de Ricord, de moi-même, et de tant d'autres avant nous et depuis, nous pensions qu'il était définitivement établi que les plaques muqueuses ne sont jamais réinoculables au sujet qui en est atteint. M. Hallopeau serait-il d'un avis contraire?

M. HALLOPEAU. — Dans diverses publications, et en particulier dans un article du XIX^e fascicule du musée de l'hôpital Saint-Louis, intitulé *Des syphilides papulo-tuberculeuses à progression excentrique*, dans un mémoire du Jubileumschrift de Neumann sur les proliférations locales dans les maladies infectieuses, dans le traité de dermatologie que j'ai publié avec M. Leredde, dans diverses présentations à notre Société et, l'an passé, dans une communication au Congrès de Liège, reproduite dans le *Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, sur les proliférations locales in situ et à distance de l'agent infectieux de la syphilis pendant toute la durée de son évolution, je me suis efforcé d'établir que ces proliférations locales dominent toute l'évolution des processus syphilitiques et qu'elles méritent le nom d'intra-inoculations.

On ne peut, en particulier, concevoir autrement, d'une part, la production autour du chancre induré dans une sphère d'action qui atteint 15 centimètres de rayon, de syphilomes secondaires beaucoup plus volumineux et témoignant d'une virulence plus grande que les éruptions concomitantes de roséole ou de papules sur les autres parties de la surface cutanée; nous avons admis que les éléments infectieux du chancre se propagent directement dans ces régions voisines, par l'intermédiaire, soit des interstices du tissu conjonctif, soit par les lymphatiques: la dénomination d'intra-inoculation que nous avons adoptée depuis plus de 10 ans ne convient-elle pas pour désigner ces phénomènes?

De même, ultérieurement, l'on voit des tubercules saillants et volumineux se développer en un ou plusieurs points de la surface cutanée et être suivis de l'apparition, dans leur voisinage immédiat, alors que les autres parties restent indemnes, d'éléments généralement moins développés: n'y a-t-il pas, en toute évidence, multiplication, et transport dans le voisinage immédiat, des tréponémas, n'est-ce pas là une intra-inoculation?

La même considération s'applique aux syphilides serpiginieuses, aux gommès et nous avons tendance à rapporter à ce même processus la mutil-

plication des neoplasies ulcéreuses dans la région vulvaire plutôt qu'au simple défaut de provocations hygiéniques.

Ces phénomènes ne peuvent s'expliquer que par la multiplication et le transport à l'écart des trophoblastes. Il est impossible de trouver une autre venue continue à l'écoulement de la sécrétion.

M. A. Fournier dit qu'il a observé des inoculations des pro-
toblastes dans la région vulvaire. Il les provient seulement que
l'écoulement de la sécrétion est continu. Je suis obligé de main-
tenir la même opinion. Les inoculations des trophoblastes constatés par l'observa-
tion directe sont les mêmes que ceux constatés par l'observation.

M. A. Fournier dit qu'il a observé des inoculations des pro-
toblastes dans la région vulvaire. Il les provient seulement que
l'écoulement de la sécrétion est continu. Je suis obligé de main-
tenir la même opinion. Les inoculations des trophoblastes constatés par l'observa-
tion directe sont les mêmes que ceux constatés par l'observation.

M. A. Fournier dit qu'il a observé des inoculations des pro-
toblastes dans la région vulvaire. Il les provient seulement que
l'écoulement de la sécrétion est continu. Je suis obligé de main-
tenir la même opinion. Les inoculations des trophoblastes constatés par l'observa-
tion directe sont les mêmes que ceux constatés par l'observation.

nécessaire. En résumé, la tuberculose est presque toujours locale ; la syphilis est toujours généralisée d'emblée.

M. HALLOPEAU. — J'ai le vif regret de ne pas me trouver d'accord, à cet égard, avec M. Gaucher. Suivant moi, la généralisation de l'infection par le tréponéma n'est que passagère : elle répond à la roséole et aux autres manifestations disséminées de la période secondaire ; mais bientôt, au bout de quelques semaines, le sang redevient indemne et la maladie n'est plus constituée que par un certain nombre de foyers parasitaires en activité ou latents, d'où l'importance capitale du traitement local dans tous les syphilomes.

Une observation attentive permet de constater dès les premières manifestations secondaires, la prolifération locale d'éléments éruptifs : il ne s'agit donc pas de manifestations purement toxiniennes. Je me suis efforcé de mettre ce fait en évidence dans le mémoire sur les substances toxiques dans la syphilis, que j'ai communiqué en 1904 au Congrès de Berlin. Constamment la propagation du syphilome est due à la multiplication et aux intra-inoculations du tréponéma.

D'autre part, je maintiens intégralement, malgré les objections qui m'ont été opposées, le bien-fondé de l'interprétation que j'ai donnée de mes observations. Le seul fait commun à la tuberculose et à la syphilis que j'ai signalé, c'est que le contagion modifié sous la forme, d'une part, de lupus, d'autre part de syphilome secondaire, cesse de présenter, lorsqu'il est inoculé à un sujet indemne, cette modification et donne lieu, dans le premier cas, à une tuberculose vulgaire, dans le second à un chancre induré : ce sont là des faits et non des hypothèses.

Guérison d'une alopécie lépreuse.

Par M. HALLOPEAU.

Dans la séance de mars, nous avons présenté à la Société ce malade, atteint, depuis quelques jours, d'une alopécie serpigneuse à caractères tout particuliers des deux régions temporo-pariétales ; or vous pouvez constater qu'il n'en reste aujourd'hui pour ainsi dire pas de traces : tout au plus peut-on remarquer, par places, un très léger éclaircissement de la chevelure.

La sensibilité est intacte dans les parties qui ont été atteintes.

C'est là un fait qui, à notre connaissance, n'avait pas encore été signalé. Nous ne saurions dire quelle a été la pathogénie de cette manifestation lépreuse : s'agit-il d'une trophonévrose ? ou d'un lépromie très pâle qui nous aurait échappé malgré un examen des plus minutieux, en raison de la difficulté que présente au cuir chevelu la constatation des changements de couleur ? Il nous est impossible de trancher la question et nous devons nous borner à signaler le fait clinique.

plication des néoplasies ulcéreuses dans la région vulvaire plutôt qu'au simple défaut de précautions hygiéniques.

Ces phénomènes ne peuvent s'expliquer que par la multiplication et le transport à distance des tréponémas : il est impossible de trouver une autre interprétation de ces faits dont la découverte d'Hoffmann et Schaudinn est venue confirmer la portée et le mode de production.

M. A. Fournier m'oppose les résultats négatifs des inoculations des produits spécifiques au sujet infecté : suivant nous, ils prouvent seulement que l'expérimentateur n'a pu jusqu'ici réaliser les conditions dans lesquelles se produisent ces inoculations au sein de l'organisme. Je suis obligé de maintenir que mon interprétation explique tous les faits constatés par l'observation clinique et que seule elle peut les expliquer.

M. DARIER. — La communication de M. Hallopeau soulève trop de problèmes divers pour qu'on puisse la discuter dans son ensemble. D'ailleurs les idées qui y sont exprimées ont le caractère de simples hypothèses sans base expérimentale ; j'en retiendrai seulement quelques-unes pour les comparer aux faits mis en évidence par l'expérimentation. Tout d'abord le parallèle que veut établir M. Hallopeau entre la tuberculose et la syphilis n'est pas justifié ; la syphilis produit toujours l'immunité ; or il n'est pas du tout prouvé qu'il en soit de même pour la tuberculose : quand on inocule du bacille de Koch à un animal déjà tuberculeux, il est impossible de prévoir les conséquences de cette inoculation, mais en règle, les résultats en sont positifs. Il y a donc entre les deux maladies un contraste fondamental.

En second lieu, M. Hallopeau admet que les germes du lupus sont toujours atténués. Que nous enseigne à ce point de vue l'expérience ? Si l'on inocule à l'animal le plus sensible, c'est-à-dire au cobaye, un fragment de tissu lupique en se mettant dans les conditions les plus favorables, c'est-à-dire en prenant une quantité relativement considérable, au moins un gramme, de tissu lupique, et en évitant toute précaution antiseptique excessive, dans la moitié des cas le résultat est négatif. — Mais quand l'inoculation réussit, la maladie qui en résulte est tantôt très atténuée, tantôt virulente, alors que le virus provenait de la même source, ou s'il provenait de deux lupus différents, sans qu'il soit possible d'établir un rapport entre l'évolution de l'infection expérimentale, et les caractères cliniques de la lésion d'où provenait le virus inoculé.

Voilà quelques-uns des faits démontrés par l'expérience ; ils ne justifient pas, nous semble-t-il, les hypothèses de M. Hallopeau.

M. GAUCHER. — Le rapprochement que fait M. Hallopeau entre la syphilis et la tuberculose est difficile à admettre : le caractère essentiel de la syphilis est de conférer l'immunité ; en dehors donc de l'accident primitif et de ceux qui peuvent se produire par réinoculation avant que l'immunité soit établie, il n'y a pas de syphilides locales, il n'y a que des manifestations locales d'une infection générale. Au contraire, la tuberculose est une maladie locale ; les inoculations successives au même individu, à quelque phase de l'évolution qu'on les pratique, sont toujours positives. Ces divers foyers peuvent évoluer, chacun pour son compte, sans qu'il y ait entre eux aucun rapport

nécessaire. En résumé, la tuberculose est presque toujours locale ; la syphilis est toujours généralisée d'emblée.

M. HALLOPEAU. — J'ai le vif regret de ne pas me trouver d'accord, à cet égard, avec M. Gaucher. Suivant moi, la généralisation de l'infection par le tréponéma n'est que passagère : elle répond à la roséole et aux autres manifestations disséminées de la période secondaire ; mais bientôt, au bout de quelques semaines, le sang redevient indemne et la maladie n'est plus constituée que par un certain nombre de foyers parasitaires en activité ou latents, d'où l'importance capitale du traitement local dans tous les syphilomes.

Une observation attentive permet de constater dès les premières manifestations secondaires, la prolifération locale d'éléments éruptifs : il ne s'agit donc pas de manifestations purement toxiniques. Je me suis efforcé de mettre ce fait en évidence dans le mémoire sur les substances toxiques dans la syphilis, que j'ai communiqué en 1904 au Congrès de Berlin. Constamment la propagation du syphilome est due à la multiplication et aux intrainoculations du tréponéma.

D'autre part, je maintiens intégralement, malgré les objections qui m'ont été opposées, le bien-fondé de l'interprétation que j'ai donnée de mes observations. Le seul fait commun à la tuberculose et à la syphilis que j'ai signalé, c'est que le contagion modifié sous la forme, d'une part, de lupus, d'autre part de syphilome secondaire, cesse de présenter, lorsqu'il est inoculé à un sujet indemne, cette modification et donne lieu, dans le premier cas, à une tuberculose vulgaire, dans le second à un chancre induré : ce sont là des faits et non des hypothèses.

Guérison d'une alopecie lépreuse.

Par M. HALLOPEAU.

Dans la séance de mars, nous avons présenté à la Société ce malade, atteint, depuis quelques jours, d'une alopecie serpiginieuse à caractères tout particuliers des deux régions temporo-pariétales ; or vous pouvez constater qu'il n'en reste aujourd'hui pour ainsi dire pas de traces : tout au plus peut-on remarquer, par places, un très léger éclaircissement de la chevelure.

La sensibilité est intacte dans les parties qui ont été atteintes.

C'est là un fait qui, à notre connaissance, n'avait pas encore été signalé. Nous ne saurions dire quelle a été la pathogénie de cette manifestation lépreuse : s'agit-il d'une trophonévrose ? ou d'un lépromie très pâle qui nous aurait échappé malgré un examen des plus minutieux, en raison de la difficulté que présente au cuir chevelu la constatation des changements de couleur ? Il nous est impossible de trancher la question et nous devons nous borner à signaler le fait clinique.

Sur un nouveau cas d'iodisme végétant.

Par MM. HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY.

L'un de nous a fait connaître en 1888 une *forme végétante et atrophique de pemphigus iodique* ; il a montré que, chez des sujets prédisposés, ces éruptions bulleuses d'origine iodique peuvent laisser à leur suite des cicatrices indélébiles et s'accompagner d'un travail de prolifération conjonctive et épithéliale qui se traduit par la production de végétations ordinairement disposées en cercles et assez analogues aux condylomes vénériens.

On sait d'autre part que le bromure de potassium donne lieu, également chez des individus prédisposés, à la production d'éruptions tubéreuses.

Le malade que nous avons l'honneur de vous présenter absorbe, depuis de longues années, des quantités notables de ces deux sels. Nous croyons devoir signaler les cicatrices végétantes dont il est atteint, en raison de leur grande rareté et de la difficulté que présente leur interprétation pathogénique.

Le nommé D..., Victor, âgé 73 ans, confiseur, entre à l'hôpital, salle Bazin, n° 32, le 29 mai 1906, pour des accidents cutanés remontant à 2 mois.

En l'interrogeant, on apprend que le malade a été épileptique de 14 à 20 ans ; il n'a pas eu de syphilis ; il ne boit guère.

Il a eu une fracture de jambe, il y a 20 ans ; du même côté, une phlébite, il y a 15 ans. C'est à peu près à cette époque qu'un pharmacien lui dit de prendre du KBr et du KI, à la dose de 0^{gr},75 de KI, et 2 grammes de KBr par jour. Depuis cette époque il n'a jamais cessé ces médicaments.

Il y a un an environ, il eut quelques boutons sur le nez, puis sur la face, la tête et les épaules. L'éruption dura 8 à 10 jours seulement, et disparut sans traitement.

A Pâques dernier, il souffrit de nouveau de la jambe gauche. Le pharmacien lui fit prendre de la levure de bière. A cette époque l'éruption recommença sur la figure. Il observa, dit-il, sur le nez, sur le front, de petits boutons rouges qui crevèrent et laissèrent, à leur place, une cicatrice. L'éruption se généralisa ensuite. En même temps les conjonctives s'enflammèrent et il survint un écoulement nasal. D... se décida alors à interrompre l'usage du bromure et de l'iodure.

Actuellement, l'éruption est surtout remarquable sur la face.

On voit, en effet, sur la partie inférieure du dos du nez, débordant de chaque côté et empiétant sur la partie voisine de la joue, des saillies végétantes de la peau, saillies en partie filiformes, atteignant jusqu'à 6 millimètres de longueur alors que leur épaisseur varie de 1 à 4 millimètres. D'autres sont sessiles, et d'apparence verruqueuse.

Ces végétations occupent toute la partie médiane du dos du nez, sa partie latérale gauche et la partie voisine de la joue, ainsi que l'aile du nez correspondante. Elles sont, par places, disposées en séries curvilignes. Certaines d'entre elles ont un aspect rocheux. Ces saillies sont confluentes : celles de la

joue forment une bande au-dessus du pli naso-jugal, disposée transversalement et de dedans en dehors, de 10 à 15 millimètres de haut, sur 4 centimètres transversalement.

Le côté droit du lobule et de l'aile du nez est parsemé de végétations dont le volume varie de celui d'un grain de millet à celui d'un grain de chènevis, disposées en ligne saillante.

Sur la joue droite, on observe des végétations analogues formant placard. Certaines sont pédiculées. L'une d'elles a l'aspect d'un fer à cheval, dont la base repose sur la surface végétante, son contour est libre, en saillie sur la joue, et sa partie centrale est le siège d'un orifice. Cette saillie, de 1 millimètre de hauteur, est translucide, avec coloration rosée, presque hémorragique.

Les autres végétations de la même région sont la plupart sessiles, avec croûtelles

Les placards, à côté des saillies, ont des parties d'aspect cicatriciel : par exemple, tout le lobule du nez est décoloré ; il existe aussi de petites saillies achromiques.

Des groupes de végétations sessiles sont disséminés sur les autres parties du visage : on en voit 8 sur la joue droite ; d'autres sur le front, au-dessus des sourcils ; quelques-unes sur la joue gauche. Tous ces placards sont en partie végétants, en partie cicatriciels, les parties affaissées étant centrales, les végétantes, périphériques.

De mêmes traînées végétantes, avec saillies pédiculées, forment un placard de plusieurs centimètres de longueur, dans le sillon rétro-auriculaire droit qu'elles intéressent dans la plus grande partie de son étendue.

Dans le cuir chevelu, on voit des cicatrices, grandes comme une pièce de 0 fr. 50 à 1 franc, régulièrement déprimées, colorées en rose pâle à leur partie centrale, rappelant l'aspect d'un lupus érythémateux. Un petit nombre d'entre elles sont surmontées de petites saillies.

Le malade affirme que le début de toutes ces lésions s'est fait par des bulles, qui se sont rompues, avec écoulement de liquide.

Sur le dos, les cicatrices varient du volume d'un grain de millet à celui d'une petite amande. Ovalaires, déprimées dans leur partie centrale, remarquables par leur coloration rose brunâtre, elles ne disparaissent pas sous la pression du doigt. Un petit nombre d'entre elles sont décolorées, quelques-unes sont arrondies ; leurs dimensions sont environ celles d'une pièce de 0 fr. 50. Quelques-unes, en petit nombre, sont végétantes. On les trouve sur les épaules ; l'une d'elles, sur le bras gauche, est recouverte d'une croûte. Le malade dit que toutes ont été croûteuses au début. Les bords sont plus pigmentés que la partie centrale, sur un certain nombre d'entre elles.

L'éruption a été abondante sur les mains ; il n'en reste plus que des macules et quelques cicatrices verruqueuses, de forme arrondie. Elles sont plus nombreuses dans les paumes des mains.

Il ne nous paraît pas douteux qu'il ne s'agisse là d'une dermatose d'origine médicamenteuse ; le malade a fait un abus considérable, depuis de longues années, de son mélange d'iode et de bromure ; comme chez notre premier sujet, l'intolérance ne s'est établie que

très tardivement et n'a pris que dans ces derniers temps un caractère grave. Il y a quinze ans, en effet, qu'il absorbe constamment les médicaments, et c'est l'an passé seulement qu'il a commencé à avoir quelques boutons, d'abord fugaces ; c'est depuis deux mois que sont survenues les altérations sur lesquelles nous désirons appeler l'attention.

Le diagnostic n'est pas douteux : Ni dans la tuberculose verruqueuse, ni dans le pemphigus végétant de Neumann, ni dans notre dermatite pustuleuse et végétante à progression excentrique, on n'observe ces végétations filiformes entourant des surfaces déprimées.

La seule difficulté est de savoir s'il faut incriminer l'iodure ou le bromure. Le meilleur moyen de juger la question serait d'administrer isolément chacun des deux médicaments ; mais nous ne nous croyons pas en droit de le faire : en effet, notre malade de 1888 a été atteint, lors de l'une de ses poussées iodiques, d'une manifestation oculaire qui l'a rendu aveugle ; on pourrait craindre chez celui-ci une semblable localisation. Nous devons dire d'ailleurs que les végétations présentent chez lui une telle ressemblance avec celles du malade de 1888, un moulage de Baretta nous en fournit le témoignage, que nous n'hésitons pas à les ranger sous la même étiquette ; dans les cas d'éruptions bromiques, on voit surtout des masses tubéreuses et fongueuses qui diffèrent très notablement des végétations filiformes que nous avons sous les yeux.

Cette réaction iodique est des plus exceptionnelles ; elle ne paraît se produire qu'en vertu d'une idiosyncrasie mise en éveil par un abus très prolongé du médicament.

M. MORV. — Je rappelle que le malade que j'ai présenté dans notre dernière séance pour manifestations iodiques cutanées, avait vu ses accidents survenir 4 jours après la cessation du traitement ; j'ajoute que sa lésion, assez difficile à classer au premier abord, a pris peu à peu la forme d'un pityriasis chronique généralisé plus prononcé aux membres inférieurs, et avec desquamation furfuracée très abondante. — Je compte le représenter dans une de nos prochaines séances, mais je note dès aujourd'hui, que, chez lui comme chez le malade de M. Hallopeau, les accidents ont été tardifs.

M. AL. RENAULT. — Je désire ajouter quelques mots au sujet du malade de 1888 auquel M. Hallopeau vient de faire allusion ; c'est moi en effet qui soignais à cette époque ce malade syphilitique avéré. Il prenait de l'iodure depuis longtemps ; et comme il présentait des manifestations cutanées rebelles, je lui avais continué ce traitement ; — l'éruption ne se modifiant pas, je l'avais supprimé pour le rétablir quelque temps après, sur les instances du malade qui n'était toujours pas guéri ; c'est à ce moment que se produisirent sur les cornées des bulles pemphigoides qui entraînèrent la cécité. M. Hallopeau, à qui je montrai alors le malade, fut d'avis que l'éruption cutanée était d'origine iodique, et fit cesser l'iodure. Il y eut une améliora-

tion des lésions cutanées; l'administration d'une nouvelle dose d'iodure ayant provoqué une nouvelle poussée pemphigoïde, la nature iodique des lésions de la peau fut ainsi démontrée d'une façon irrécusable.

M. A. FOURNIER. — Nous serions heureux d'avoir quelques détails sur cette cécité iodique; par quel mécanisme se produisit-elle? quelle fut sa durée? n'y eut-il en dehors de l'iodure aucune autre cause qu'on pût incriminer pour expliquer les lésions oculaires?

M. HALLOPEAU. — La cécité a été produite par les cicatrices opaques consécutives aux bulles pemphigoïdes de la cornée; ces leucomes n'ont pas rétro-cédé et le malade est resté aveugle.

M. DE BEURMANN. — D'après ce que nous dit M. Hallopeau, il y eut kératite ulcéreuse; or, c'est là une affection fréquente; est-il bien certain qu'il ne s'est pas agi d'une simple coïncidence?

M. HALLOPEAU. — Si notre collègue veut bien se reporter au mémoire que nous avons publié en 1888 dans les « Annales de dermatologie et de syphiligraphie », sur une *forme végétante et atrophique de pemphigus iodique*, il pourra s'assurer que les conditions dans lesquelles se sont développées les bulles pemphigoïdes de la cornée, et leur étroite analogie avec les lésions cutanées, dont l'origine iodique a été démontrée, ne peuvent laisser place au moindre doute: c'est bien l'iodure qui a été la cause de la cécité.

M. A. FOURNIER. — Voilà un fait impressionnant pour nous tous qui administrons si largement l'iodure: heureusement il s'agit d'une exception rarissime, car à ma connaissance il n'existe pas dans la science une seconde observation de ce genre.

M. HALLOPEAU. — C'est notre privilège, comme médecins de cet hôpital, de trouver des faits nouveaux dans ses riches matériaux d'étude.

L'apparition de lésions cutanées pemphigoïdes chez un malade soumis à l'iodure, doit être considérée comme un signal d'alarme, et commande la cessation immédiate de ce traitement.

Deux cas de lupus de la face traités opératoirement.

Par M. MORESTIN.

Comme contribution à l'étude du traitement opératoire du lupus, question délicate et complexe s'il en fût, je présente à la Société deux jeunes filles chez lesquelles j'ai pratiqué il y a plus de deux ans l'ablation de plaques lupiques assez étendues du visage.

Voici en peu de mots l'histoire de ces malades :

I. — Adèle L..., modiste, 46 ans, m'est adressée à l'hôpital Cochin par le professeur Gaucher, au mois de mars 1904; elle est admise pavillon Velpeau, n° 31. Elle porte un lupus considérable occupant tout le côté gauche de la

face. Ce lupus a débuté vers l'âge de 6 ans à la partie antérieure de la joue gauche ; jusque vers l'âge de 40 ans, cette plaque ne dépassa point les dimensions d'une pièce de cinquante centimes.

Mais depuis cette époque, la plaque n'a cessé d'augmenter ; sur elle, on a appliqué sans succès les pommades les plus diverses, on a essayé aussi les pointes de feu, puis des scarifications, et enfin, récemment, des applications de permanganate de potasse. Cette dernière médication a provoqué une irritation violente de toutes les parties touchées par le topique, et cette vive



FIG. 1.

réaction dissimule en partie les lésions proprement dites. Au bout de quelques jours, sous l'influence de pansements humides, ces phénomènes rétro-cèdent et se calment, la plaque lupique reparaît. Elle occupe la région sous-orbitaire, une partie de la région malaire, la plus grande partie de la joue gauche ; en haut, elle s'étend jusqu'au rebord orbitaire, en bas jusqu'au bord inférieur de la mâchoire inférieure. En avant, elle s'arrête à un petit travers de doigt de la commissure labiale et de l'aile du nez. En arrière, elle s'étend jusqu'au bord antérieur du masséter et même le dépasse. En somme, la plaque présente une dimension comparable à celle de la paume de la main.

L'ablation en est pratiquée le 15 avril, en présence du Dr Launay ; elle conduit à un véritable écorché de la face ; il faut procéder avec prudence pour éviter de léser les filets du facial, et cette dissection ne va pas sans une hémorragie assez abondante. Un énorme lambeau est prélevé sur le cou, comprenant tous les téguments de la région sus-hyoïdienne, et une partie de la région sous-hyoïdienne. Ce lambeau, large de quatre travers de doigt, long

de 13 centimètres, est appliqué sur la face et fixé seulement par quelques points de suture. La plaie d'emprunt est comblée par un énorme décollement poursuivi jusqu'au niveau de la deuxième côte. La suture n'est possible qu'en mettant la tête dans la flexion, elle est maintenue dans cette attitude par un système assez compliqué de bandes de toile. Le pansement est refait en partie le lendemain pour changer les compresses trempées par un abondant exsudat de sérosité sanguinolente.

Nouveau pansement au quatrième jour, permettant de constater que le



FIG. 2.

lambeau n'offre aucune tendance à la mortification. La petite malade nous aide beaucoup et se montre extrêmement courageuse et docile. Elle se prête facilement aux mouvements que nous lui demandons d'exécuter pour faciliter notre tâche. Au huitième jour, ablation d'un certain nombre de fils; le dixième jour, les autres sont ôtés et l'on commence à redresser la tête. Les suites sont des plus simples; avant la fin d'avril la cicatrisation est obtenue.

Mais ce n'est là que l'opération fondamentale; il fallut à quatre reprises, dans le courant du mois de juin et de juillet et enfin au courant d'octobre, faire des retouches pour ramener le lambeau à des dimensions convenables, pour supprimer le bourrelet disgracieux formé par la duplication de la peau au niveau du pédicule, enfin pour diminuer l'étendue des zones cicatricielles tant au niveau du cou qu'au niveau de la face.

Le 23 avril 1906 j'ai constaté une petite récidive, sous forme d'une plaque grande comme une lentille, occupant les limites de la joue et de la région

massétérine, au-dessous de l'arcade zygomatique, en arrière du lambeau, tout près de la cicatrice.

Le 4 mai j'ai fait, à la cocaïne, l'excision de ce nodule. Il a suffi de deux courtes incisions formant ellipse, et de 4 points de suture à la soie fine. Je n'ai pas eu à toucher au lambeau, et la réunion s'étant effectuée sans traction, l'aspect du visage reste exactement tel qu'il était avant cette très insignifiante intervention, c'est-à-dire dans l'état indiqué par la figure 2.

II. — Marguerite P... 20 ans, infirmière à l'hôpital Saint-Louis, porte un lupus



FIG. 3.

de la joue droite grand comme une pièce de deux francs environ, traité déjà sans succès durable par les cautérisations. Aucune maladie antérieure ; sa santé générale est en apparence très bonne. Opération le 5 avril 1904. Extirpation. La perte de substance causée par cette ablation est grande comme une pièce de cinq francs. Elle est couverte à l'aide d'un lambeau prélevé sur la région sus-hyoïdienne. Cette plaie d'emprunt est immédiatement comblée par décollement de la peau de la partie antérieure du cou. La tête est maintenue fléchie à l'aide d'un tube en caoutchouc appliqué par-dessus le pansement, et fixé : d'une part, aux bandes entourant la tête ; d'autre part, à la partie thoracique du bandage. Suites très bonnes ; ultérieurement deux retouches sont nécessaires pour diminuer l'épaisseur du lambeau et pour supprimer un pli cutané au niveau du pédicule. Finalement le résultat est satisfaisant au point de vue esthétique. La malade reste bien guérie ; tant au niveau du lambeau que sur les téguments du voisinage, on ne peut soupçonner

aucune trace de récidence. La malade est encore actuellement complètement et parfaitement guérie, et sa guérison paraît bien devoir être considérée comme définitive.

Dans ces deux cas la guérison opératoire a été rapidement obtenue en laissant à la face une apparence convenable.

Certains détails de technique permettent en effet de réussir des autoplasties très étendues de la joue en prélevant sur la partie antérieure du cou les lambeaux nécessaires, si vastes soient-ils. La



FIG. 4.

plaie d'emprunt peut être comblée immédiatement par décollement et mobilisation des téguments du cou et même de la partie antérieure de la poitrine. L'inclinaison latérale de la tête, combinée à la flexion, facilite énormément la réunion, et la traction élastique assure dans de bonnes conditions la permanence de cette attitude. Le modelage consécutif du lambeau mis en place améliore s'il y a lieu son aspect et lui donne secondairement ses dimensions définitives. Il n'y a pas lieu d'insister davantage sur les divers artifices que l'on peut utiliser dans ces restaurations. Remarquez seulement que le résultat esthétique est ici très acceptable.

Le résultat thérapeutique est également satisfaisant; après deux ans chez notre première opérée, se montre il est vrai un foyer nouveau,

mais minuscule et promptement supprimé par une intervention des plus bénignes et des plus simples. Chez l'autre, la guérison ne s'est pas démentie et paraît acquise.

Or, il s'agissait, chez Adèle L..., d'un cas beaucoup moins favorable, en raison de la grande étendue de la lésion.

Le traitement chirurgical est en effet d'autant mieux indiqué que les plaques lupiques sont mieux circonscrites et plus petites. Dans de telles conditions il procure aisément des guérisons durables, et devient pour nous la méthode de choix, quand ces plaques observées à une période voisine de leur début siègent loin des orifices, car leur ablation peut être alors facilement réalisée par des procédés de chirurgie élémentaire.

M. GAUCHER. — Quand les lupus ne sont pas très étendus, leur destruction par le cautère me semble le procédé de choix ; mais quand les surfaces lupiques sont très étendues, je crois le procédé de M. Morestin supérieur à tout autre traitement.

M. DANLOS. — Je ne suis pas de l'avis de M. Gaucher quant à l'efficacité du galvanocautère ; tous les cas traités par les pointes de feu récidivent. Je préfère de beaucoup le raclage suivi d'applications caustiques.

M. GAUCHER. — Je suis d'accord avec M. Danlos ; je n'ai pas du tout parlé des pointes de feu, mais bien de la destruction en masse, de la *carbonisation* du lupus au moyen du couteau large du thermocautère.

M. DE BEURMANN. — La cautérisation en masse a de graves inconvénients et d'abord les récidives sont fréquentes ; ensuite les cicatrices sont presque toujours chéloïdiennes ou plutôt pseudo-chéloïdiennes, car ce tissu de sclérose est un tissu tuberculeux virulent ; quand on obtient une guérison définitive c'est qu'il s'agissait d'une gomme, non d'un lupus vrai.

M. MOTY. — Je trouve aussi les résultats de M. Morestin très remarquables, mais je dois dire que si j'avais à traiter un lupus comme celui-ci, j'aurais recours aux injections de naphthol camphré qui sont d'un emploi si facile et qui donnent des résultats satisfaisants ; c'est-à-dire une guérison apparente en quelques mois et une guérison définitive en quelques années, sans aucune interruption dans les occupations du malade et avec une cicatrice fort peu disgracieuse.

M. BROCOQ. — Il est impossible de discuter ainsi au pied levé une question aussi considérable que celle du traitement du lupus. J'ai toujours soutenu qu'il n'y a pas un traitement de lupus, mais un grand nombre de procédés divers qui doivent tous être employés, isolément ou simultanément, suivant les indications spéciales de chaque cas particulier, suivant la variété clinique du lupus, suivant son siège, son étendue, son ancienneté, suivant l'âge du malade, suivant son sexe, sa profession, sa situation sociale, etc.

Maintenant que nous commençons à avoir une certaine expérience des

méthodes nouvelles, et que nous pouvons comparer leur valeur à celle des procédés anciens, il serait intéressant, je crois, de discuter cette question avec toute l'ampleur qu'elle mérite, et de lui consacrer une séance spéciale.

(La Société, consultée par M. le Président, approuve la proposition de M. Brocq, et fixe au 20 décembre 1906 la date de cette séance spéciale.)

**Sur un cas d'une nouvelle éruption acnéiforme de la face :
acnéides hémisphériques agminées.**

Par MM. HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY.

L'un de nous, dans une communication avec M. P. Claisse, a fait connaître, en 1891, cette nouvelle forme de dermatose ; il en a publié un second cas en 1905, avec M. Krantz : il s'agit d'un type clinique nettement déterminé par l'apparition pseudo-exanthématique de boutons, leur localisation asymétriquesur le visage, leur groupement, analogue à celui du zona, leur forme hémisphérique sans acumination durable, leur consistance ferme, presque dure, leur coloration d'un rose brunâtre, l'absence de poils et de comédons dans la plupart d'entre eux, la suppuration de quelques-uns, l'intégrité de la santé générale.

L'éruption que vous pouvez constater chez M. B... présente cet ensemble de caractères. Son histoire et sa description peuvent être résumées ainsi qu'il suit :

Le nommé Gervais B..., âgé de 35 ans, voyageur de commerce, vient à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, le 31 mai 1906, pour une éruption localisée à l'aile droite du nez et à la joue droite.

Cet homme est vigoureux ; c'est un ancien forgeron. Il n'a jamais eu aucune maladie ; il ne boit guère ; il n'a pas eu de syphilis. Dans sa famille, il n'y a ni syphilis, ni tuberculose.

Son éruption a débuté soudainement il y a 4 semaines, sans aucune cause apparente, sur l'aile du nez. Il n'y a pas attaché d'importance, et ne l'a pas traitée. Mais, le nombre des boutons ayant augmenté, il s'inquiète et vient demander des soins.

Nous constatons qu'une quinzaine de boutons occupent la partie inférieure de l'aile droite du nez et empiètent sur la joue. Ils forment 2 groupes, l'un nasal, l'autre naso-jugal. Dans le groupe nasal, on remarque 2 amas curvilignes, l'un, transversal, au-dessus de la narine, l'autre vertical ; ils se rejoignent par leur extrémité externe, et forment ainsi une sorte de V ouvert en dedans.

Dans le sillon naso-jugal, les boutons sont confluent bien qu'isolables. Il existe un élément aberrant au-dessous de la paupière droite.

La grosseur de ces boutons varie du volume d'un grain de millet à celui d'un pois ; leur forme est hémisphérique, non acuminée ; leur consistance est ferme, presque dure.

Leur couleur est uniformément d'un rose un peu sombre ; elle s'efface incomplètement à la pression, pour reparaitre bientôt après.

La peau, à leur pourtour, est normale. On ne voit pas de poils au milieu de ces néoplasies. Les orifices sébacés n'y sont point dilatés.

Notons enfin qu'un de ces boutons, situé dans le sillon naso-jugal, du volume d'un pois, est recouvert d'une squame étendue, qui s'enlève facilement, et au-dessous de laquelle est une surface excoriée.

Dans la ligne inférieure du groupe nasal, un des boutons, de petit volume, est pustuleux.

Nous avons insisté déjà antérieurement sur les signes qui différencient cette nouvelle dermatose de l'acnitis de M. Barthélemy ; nous n'y reviendrons pas.

Nous rappellerons que le cas présenté par l'un de nous l'an passé a été étudié au point de vue histologique par MM. Gastou et Seminario et qu'il est résulté de cet examen que les lésions y étaient analogues à celles du lupus nodulaire. Faut-il en conclure qu'il s'agit d'une manifestation de nature tuberculeuse ? Nous ne le pensons pas. Déjà, dans une discussion qui s'est élevée au sein de notre Société, l'un de nous a fait remarquer que cette structure nodulaire, avec cellules lymphoïdes épithéliales et géantes, s'observe dans des cas où des examens bactériologiques restent stériles aussi bien que les tentatives d'inoculation et que, par conséquent, on ne peut les considérer comme caractérisant l'infection de Koch, s'il n'y a pas concurremment de manifestations tuberculeuses. Le nouveau fait que nous venons de communiquer plaide dans le même sens : l'aspect du malade, sa vigoureuse constitution, l'absence de tout signe de tuberculose rendent bien peu vraisemblable chez lui l'existence de cette maladie. Si l'un de nous, dans son rapport au congrès de 1896, a, le premier, rattaché à la tuberculose les principales éruptions non bacillaires que M. Darier a eu depuis lors le mérite de dénommer toxi-tuberculides, il n'a compris sous ce vocable que des faits dans lesquels, en dehors de l'éruption, il existait habituellement des signes de tuberculose, soit pulmonaire, soit cutanée, soit ganglionnaire, soit osseuse ; il en est ainsi dans le lichen scrofulosorum, dans les tuberculides papulo-nécrotiques, dans l'acnitis et la folliculite de Barthélemy, dans nos tuberculides suppuratives et pemphigoides, dans l'érythème induré : rien de semblable pour la dermatose dont nous nous occupons aujourd'hui. Comme les deux précédents, le malade que nous présentons paraît exempt de toute tare constitutionnelle ; il n'y a pas trace de tuberculose concomitante.

D'autre part, les caractères de l'éruption diffèrent de ceux du lupus : le début pseudo-exanthématique par des placards agminés, la coloration rouge des éléments, leur saillie hémisphérique, leur consistance très ferme, le défaut d'infiltration dermique concomitante,

la suppuration constante de quelques éléments, l'asymétrie sont autant de signes qui séparent les deux affections : c'est vous dire que nous ne pouvons maintenir la qualification de *lupus nodulaire* adoptée lors de notre seconde communication sous l'influence des résultats de l'examen histologique et, toute maladie nouvelle exigeant une nouvelle dénomination, nous vous proposons d'appeler celle-ci *acnéide hémisphérique agminée*, en attendant le nom qui pourra être tiré de sa cause prochaine lorsqu'on la connaîtra.

A propos de notre deuxième présentation, M. Brocq a émis l'opinion qu'il s'agissait d'une maladie décrite en Autriche sous le nom d'*acné colloïde*; nous n'avons rien trouvé de semblable dans la littérature médicale : notre collègue a eu vraisemblablement présente à l'esprit l'affection qui a été signalée en 1866 par Wagner sous le nom de *milium colloïde* et qui a été bien étudiée depuis lors par MM. Besnier, Balzer, Feulard, Pellizari, Jarisch, La Mensa, Perrin et Reboul; il y a en effet quelques traits cliniques communs aux deux maladies : ce sont la disposition agminée sans confluence complète des éléments, et la possibilité d'aspect vésiculoïde; mais, en dehors de ces particularités, il n'y a que des différences : en effet, dans ce pseudo-milium colloïde, qui, d'après Balzer, doit être considéré comme une dégénérescence sénile, la coloration est citrine, les lésions ne sont que légèrement saillantes, elles ne suppurent pas, enfin, l'histologie y dénote la présence de blocs colloïdes avec altérations du tissu conjonctif et des fibres élastiques : il s'agit donc d'un processus très différent de celui qui appartient à notre acnéide hémisphérique agminée.

Quelques applications de la radiothérapie à la dermatologie.

Par M. BELOT.

Je désire vous présenter quelques malades que j'ai traités par la radiothérapie dans le laboratoire du Dr Bécclère, à l'hôpital Saint-Antoine.

Ils ne constituent pas des faits nouveaux mais vous montreront, j'espère, que les rayons X sont un précieux auxiliaire du dermatologiste.

Tout à tour on proclame l'excellence de la radiothérapie et sa faillite; je crois pour ma part que ceux qui font de cette méthode une panacée universelle sont aussi loin de la vérité que ceux qui lui refusent tout crédit.

Ce qui est certain, c'est que bien appliquée elle donne souvent des résultats là où la thérapeutique habituelle se déclare impuissante.

Les quelques faits que je vais vous exposer confirment cette opinion.

UN CAS DE NÉVRODERMITE CIRCONSCRITE TRAITÉE PAR LA RADIOTHÉRAPIE.

La malade que je vous présente est âgée de 54 ans. Depuis l'âge de 25 ans, elle souffre de démangeaisons plus ou moins tenaces limitées au voisinage des articulations : épaule, plis du coude, creux poplités, poignets et nuque.

Là où la violence du prurit entraîna un grattage souvent répété, survint un peu de lichénification. Un traitement approprié détermina la régression de ces lésions ; elles reparurent bientôt pour disparaître à nouveau durant le cours de deux grossesses successives. Cependant le prurit et la lichénification persistèrent au creux poplité droit, avec des alternatives d'aggravation et d'amélioration.

Il y a trois ans le prurit devint plus violent en cette région et toutes les médications essayées par la malade furent sans résultat. En février, mars et avril 1906, elle fut traitée par les pommades dans le service du Prof. Gaucher : le prurit ne diminua pas.

Au mois de mai de cette année, elle vint à l'hôpital Saint-Antoine : à cette époque elle souffrait de démangeaisons intolérables limitées au creux poplité droit ; ces douleurs étaient plus violentes la nuit que le jour et exaspérées par la chaleur.

La peau était lichénifiée ; en un mot, il s'agissait d'un placard de névrodermite circonscrite de Brocq et Jacquet.

Deux applications radiothérapiques, l'une de 3 H $1/2$, l'autre de 2 H, ont suffi pour faire disparaître le prurit et modifier notablement l'état du tégument.

Au congrès de Grenoble, en 1904, j'ai déjà publié plusieurs cas analogues ; je crois utile d'insister à nouveau, à l'occasion de cette malade, sur les résultats que permet d'obtenir cette méthode.

Généralement le prurit est rapidement calmé : l'amélioration survient le soir même ou le lendemain de l'application ; 5 à 6 jours plus tard, la peau commence à se modifier, elle change de couleur et les phénomènes subjectifs ont complètement disparu. Peu à peu les stries et le quadrillage s'atténuent, la peau redevient lisse ; il subsiste parfois pendant quelque temps un peu de pigmentation.

Quelquefois, consécutivement à la deuxième application, le malade accuse une sensation de cuisson, du reste passagère.

Il semble qu'il se produit un peu d'irritation locale, d'exaspération, pour ainsi dire, à laquelle succède, sans réaction cutanée marquée, la disparition plus ou moins durable des phénomènes morbides.

Je ne prétends pas que la radiothérapie donne des guérisons définitives, mais elle est capable de soulager les malades, souvent même de les guérir objectivement.

Il s'agit donc là d'une méthode de traitement digne d'être prise en

considération : on devra, à mon avis, la réserver aux cas rebelles, contre lesquels la thérapeutique habituelle est impuissante.

Il est nécessaire bien entendu de surveiller le régime alimentaire et l'hygiène pour éviter le retour des accidents.

Le procédé d'application est des plus simples.

Avec une feuille de tissu opaque convenablement découpée, on recouvre la peau saine entourant la lésion; il est cependant nécessaire de laisser à découvert tout autour du mal, une zone de peau saine d'un centimètre de large. Les rayons sont choisis peu pénétrants (N. 5 — 6 B.) : la quantité absorbée ne doit pas dépasser 4 à 5 H. Ordinairement une dose de 3 à 4 H est suffisante. Dans certains cas où le tégument est facilement irritable, où la région présente une sensibilité plus marquée (scrotum, face interne des cuisses) on réduira à 2 ou 3 H la quantité absorbée.

Si une seconde ou une troisième irradiation sont nécessaires, on ne doit pas dépasser 3 H par séance et il faut séparer chaque application par une dizaine de jours de repos.

On doit éviter absolument toute réaction cutanée, mais il ne faut pas trop s'étonner d'une légère poussée inflammatoire survenant parfois au début du traitement : elle précède ordinairement la régression de l'affection.

M. BROcq. — Le résultat que nous montre M. Belot, vient s'ajouter à ceux que nous avons déjà obtenus dans mon service pour des cas analogues; il montre l'efficacité remarquable des rayons X contre cette affection si rebelle : la névrodermite chronique circonscrite, ou plutôt, selon la terminologie que j'ai adoptée depuis quelques années, le prurit circonscrit avec lichénification. J'insiste sur ce point qu'il faut employer des doses faibles, car elles sont généralement suffisantes; de plus, avec des doses trop fortes on s'expose à des accidents tardifs, rebelles, comme j'en ai vu se produire dans un cas, un an après le traitement.

M. BALZER. — Nous avons employé le même traitement dans un cas analogue; la névrodermite a disparu après deux séances de faible intensité; mais peu après il s'est produit une nouvelle plaque à quelques centimètres de la première; la même médication en a encore eu raison, mais la durée du traitement s'en est trouvée notablement augmentée.

M. LENGLET. — Les conséquences de la radiothérapie sont de nature à lui faire préférer la haute fréquence dans le traitement des névrodermites. Elles guérissent souvent par ce procédé; on peut toujours utiliser secondairement la radiothérapie quand la haute fréquence est impuissante. De même il arrive qu'un malade amélioré par la radiothérapie voie sa névrodermite guérir complètement quand la haute fréquence est secondairement employée.

M. HALLOPEAU. — L'expression de névrodermite me paraît malheureuse :

il n'est nullement démontré qu'il y ait dans cette affection un trouble d'innervation prédominant.

M. Brocq. — C'est précisément pour éviter pareille objection que j'ai depuis longtemps substitué au terme de névrodermite, l'expression purement descriptive de *prurit circonscrit avec lichénification*.

UN CAS DE GOMME BACILLAIRE TRAITÉE PAR LA RADIOTHÉRAPIE.

Cette fillette est âgée de 8 ans et demi.

On trouve dans ses antécédents, une bronchite à l'âge de 3 mois, une fluxion de poitrine à 2 ans; depuis cette époque elle a, chaque hiver, une ou plusieurs bronchites. Actuellement elle tousse encore de temps en temps, elle a peu d'appétit, ce qui, joint à son facies, fait penser sinon à de la bacilllose du moins à de la scrofule.

Elle vint nous trouver vers la fin de novembre 1905 pour ce qu'elle appelait un gros bouton. On constatait sur la joue gauche l'existence d'un nodule dur, indolore, du volume d'une grosse noisette.

Il occupait l'épaisseur de la joue et se manifestait extérieurement par une saillie assez prononcée. La peau était rouge, violacée, non seulement au-dessus du nodule, mais aussi tout autour, dans une étendue supérieure à celle d'une pièce de deux francs. Il n'y avait ni fluctuation, ni tendance à la suppuration.

La lésion semblait avoir débuté un an auparavant, par un petit bouton dur et quelque peu saillant qui progressivement avait atteint le volume d'une noisette. Elle évoluait plus rapidement depuis 2 mois.

Le diagnostic porté fut celui de gomme bacillaire (Béclère).

Elle fut soumise au traitement radiothérapique. Le 30 novembre elle reçut 3 H 1/2 avec des rayons 7-8. Le 21 décembre, une notable amélioration pouvait être constatée. Une seconde irradiation avec absorption de 2 H fut pratiquée. Le nodule continua à diminuer régulièrement. Le 15 février 1906 fut faite la sixième application. A ce moment, au palper, on ne constatait plus rien; la région était encore un peu plus colorée que la peau saine, il ne s'était jamais produit de réaction cutanée.

En mars et avril, je fis encore deux faibles irradiations pour prévenir toute récurrence.

Comme vous pouvez le voir, le résultat obtenu est excellent: l'aspect est parfait au point de vue esthétique et je ne crois pas que l'intervention chirurgicale, dont on ne saurait nier parfois l'utilité, ait pu donner un semblable résultat.

On sait que dans le lupus, la radiothérapie produit rarement un résultat complet ou définitif; je crois même que seule elle est incapable de déterminer la guérison objective totale; aussi est-il intéressant de constater que les rayons de Röntgen méthodiquement appliqués peuvent, à eux seuls, déterminer la régression de certaines gommes bacillaires. Cet effet est à rapprocher de celui constaté sur certains ganglions bacillaires et sur certaines tuberculoses cutanées.

J'attribue la rapidité du résultat à ce fait que la lésion a été traitée avant tout autre mode d'intervention et à une époque très rapprochée de son apparition. En radiothérapie ce facteur est capital.

M. LENGLET. — La malade atteinte de gomme tuberculeuse de la joue que nous présente M. Belot rentre dans la catégorie des variétés de tuberculoses heureusement influencées par les rayons X. A la même catégorie appartiennent, le lupus scléreux papillomateux qui est en somme une tuberculose proprement dite, le scrofulodermé et les adénites bacillaires; dans le lupus, dont la nature tuberculeuse ne s'affirme pas de la même façon, l'action de la radiothérapie est aléatoire et il y a lieu de distinguer absolument ces deux groupes qui sont si nettement individualisés à tous les points de vue.

M. DANLOS. — En effet, les végétations de la tuberculose verruqueuse fondent à vue d'œil, sous l'influence des rayons X. C'est tout différent de ce qui se passe dans le lupus vulgaire.

DEUX CAS D'ACNÉ KÉLOIDIENNE DE LA NUQUE, GUÉRIS PAR LA RADIOTHÉRAPIE (M. BELOT et M. HARET).

J'ai soigné par la radiothérapie plusieurs cas d'acné kéloïdienne de la nuque : vous savez combien cette affection est difficile à guérir; les deux malades que je désire vous présenter avaient été soumis pendant plusieurs années aux traitements les plus divers, sans résultat favorable. Non seulement le mal ne régressait pas, mais il continuait à évoluer.

Chez le premier malade l'affection a commencé en 1900, à la suite, dit-il, d'un bain sulfureux. Huit à dix pustules apparurent sur la nuque : elles furent traitées à l'hôpital Saint-Louis par des pointes de feu. Cette intervention ne fut suivie d'aucune amélioration. Le mal s'étendit et gagna une partie de la nuque. Les pustules devinrent plus nombreuses : la peau s'épaissit et s'indura... l'acné kéloïdienne s'établit peu à peu.

De 1900 à 1904, cet homme suivit différents traitements : pommades, dépuratifs, etc.

En septembre 1904, il fut soigné à l'hôpital Saint-Louis, dans le service du professeur Gaucher, par des scarifications et vaporisations. Au dire du malade, ce traitement énergique n'empêcha pas la lésion de continuer à s'étendre.

Le hasard voulut qu'un des malades que nous traitions à Saint-Antoine lui conseillât de venir nous trouver.

A cette époque (septembre 1905) toute la région de la nuque était envahie par le mal sur une hauteur de 4 à 5 centimètres. Un long ruban kéloïdien horizontal plus ou moins saillant par places, plus ou moins ramifié, portant çà et là, au fond de véritables puits, quelques bouquets de poils malades, en occupait le milieu. Tout autour et même sur la kéloïde, on voyait des pustules, des croûtes, des foyers purulents ouverts, etc.

Le tout reposait sur un coussin d'œdème inflammatoire diffus.

Le malade éprouvait quelques sensations de démangeaison et de cuisson ; il était gêné dans ses mouvements.

Je commençai le traitement le 20 septembre 1903 ; je décomposai en deux parties la surface malade et je fis absorber 3 H (Rayons 7-8) à chaque côté, en limitant par une droite bien raccordée la zone d'action, au voisinage du cuir chevelu.

Huit jours après, une seconde application analogue ; huit jours plus tard, une troisième fut faite.

Après la deuxième séance, les poils commencèrent à tomber et l'épilation fut complète après la troisième. En même temps, les pustules se séchèrent, les foyers purulents se vidèrent, l'induration diminua, le tout s'accompagnant d'une légère poussée inflammatoire avec sensation de chaleur.

Quinze jours de repos furent accordés au malade et quand il revint à l'hôpital, il ne restait plus que la kéloïde. Depuis je l'ai traité avec douceur, à doses faibles et espacées, et aujourd'hui vous pouvez constater qu'elle s'est considérablement aplatie, puisqu'elle mesurait au début, surtout à droite, plus d'un centimètre d'épaisseur. Je sais bien que la suppression de la folliculite entraîne souvent la régression de la kéloïde ; mais étant donnée l'action indiscutable des rayons X sur les kéloïdes non entretenues par un foyer inflammatoire, il est permis de croire que le traitement radiothérapique non seulement a déterminé une parfaite épilation de la région malade, une régression des phénomènes inflammatoires, mais aussi la diminution de la kéloïde elle-même.

En tout cas, le fait clinique est là : aujourd'hui, ce malade peut être considéré comme guéri de son acné ; son infirmité a disparu et cela sans douleur, sans ennui et assez rapidement. La radiothérapie a agi là où les méthodes habituelles avaient échoué.

Il subsiste encore quelques traces de la kéloïde, de jour en jour moins apparentes ; ce reliquat diminue progressivement et disparaîtra bientôt.

Le second malade est analogue au premier. Il a été traité par mon collègue et ami le Dr Haret.

L'affection avait débuté en 1897 et avait été traitée par le thermocautère à l'hôpital Saint-Louis. Ce traitement n'eut pour effet que d'exaspérer la lésion.

En 1900 les cautérisations ignées furent reprises sans plus de succès que la première fois.

De 1900 à 1903, il essaya sans résultat tous les dépuratifs et toutes les pommades.

En 1906, il revint à l'hôpital Saint-Louis, dans le service du professeur Gaucher ; pendant près d'une année on le soumit aux scarifications et aux pulvérisations sans qu'il survint la moindre amélioration. Le 30 mars 1906 fut commencé le traitement radiothérapique. Il a reçu trois applications avec dose de 3 H pour les deux premières et 2 H pour la troisième.

Vous pouvez voir que ce malade est presque totalement guéri, seules les traces de la kéloïde persistent, et cependant une période d'instruction militaire qu'il vient d'accomplir nous a mis dans l'obligation de ne pas faire d'irradiation depuis près d'un mois.

Dans quelques semaines il sera complètement guéri.

En résumé, je ne crois pas qu'il soit nécessaire, dans le traitement de cette affection, de dépasser 3 H et 3 H 1/2 par application; l'état inflammatoire des téguments nécessite, en plus, une certaine prudence.

L'évolution des phénomènes fixera la succession des irradiations.

Il va sans dire qu'il ne faut provoquer aucune réaction ulcéreuse.

M. DANLOS. — Je crois que la radiothérapie est le traitement de choix des chéloïdes, mais ce traitement demande beaucoup de temps et de patience, car il faut, pour atrophier la cicatrice chéloïdienne, des séances multiples. A l'inverse de ce qu'a vu M. Belot, chez mes malades, les cicatrices chéloïdiennes de la nuque ont supporté sans inconvénient des séances de 5 H répétées tous les 15 jours pendant fort longtemps, et c'est à ce prix seulement que j'ai obtenu l'atrophie.

Dans un cas de chéloïde spontanée, présternale, faisant une saillie transversale dont l'épaisseur ne mesurait pas moins de 5 à 6 millimètres, l'atrophie a été complète et une cicatrice lisse a été obtenue. Elle a persisté; mais à une distance de 5 à 6 centimètres de la première est apparue au bout de quelques mois une nouvelle chéloïde que la malade n'a pas semblé très désireuse de faire traiter, en raison, sans doute, d'une radiodermite légère qu'elle avait eue dans son premier traitement et dont elle avait gardé mauvais souvenir. Je signale ce fait qui prouve que les rayons X n'ont pas donné d'immunité de voisinage, contrairement à ce qui se voit pour le radium, qui dans certaines affections, le lupus vulgaire notamment (je ne l'ai pas essayé contre les chéloïdes), confère pour un temps considérable une immunité contre les récidives au terrain influencé par ses radiations.

J'ajoute en terminant que si les malades de M. Belot n'ont plus d'acné, leur chéloïde n'est nullement guérie.

M. BROCC. — La radiothérapie est une méthode excellente contre les chéloïdes; mais ce n'est pas la seule efficace; et j'ai pour mon compte guéri nombre de chéloïdes par les emplâtres, les scarifications, l'électrolyse, etc.

M. DE BEURMANN. — Le traitement le plus recommandable des chéloïdes me paraît être l'ablation chirurgicale large, suivie aussitôt d'une série de séances d'irradiation; ce procédé semble prévenir les récidives.

M. FOURNIER. — Comme exemple de chéloïde guérie par les scarifications, M. Danlos vient de nous montrer un moulage qui me paraît être caractéristique d'une syphilide circonscrite de la nuque. Il faut savoir que les syphilides peuvent très bien guérir par les scarifications; j'en ai fait l'expérience sans le vouloir chez une jeune fille qui présentait des lésions analogues à celles de ce moulage; un peu plus tard, j'ai acquis la conviction qu'il s'agissait d'une hérédo-syphilis, et les lésions ayant récidivé, je les ai guéries définitivement par le mercure.

M. DANLOS. — Mon malade était effectivement syphilitique; mais le traite-

ment ne semblant rien donner, M. Besnier avait commencé avec grand succès le traitement par les scarifications. Je n'ai fait que le continuer, en y joignant toutefois, pour finir, l'ablation.

M. SÉE. — Est-il bien établi que les données relatives à la chéloïde vraie s'appliquent à l'acné chéloïdienne qui en semble bien différente ?

M. BELOT. — Je tiens à faire remarquer que dans ma présentation j'ai visé *l'acné chéloïdienne, et non la chéloïde en général*; chez mes 2 malades l'acné a guéri, et la chéloïde a rétrogradé notablement, comme cela est fréquent par le seul fait de la disparition des folliculites. Dans les chéloïdes vraies, on peut aussi avoir des succès par les rayons X, mais il faut agir avec prudence, car c'est une lésion très irritable. Il faut employer de faibles doses et ne pas dépasser 2 à 3 H tous les 15 jours.

UN CAS D'ÉPITHÉLIOMA GUÉRI PAR LA RADIOTHÉRAPIE; ESSAI DE SENSIBILISATION.

Les cas d'épithéliomas cutanés guéris par la radiothérapie sont aujourd'hui fort nombreux et si je me permets de vous présenter cette malade, c'est parce que je crois son histoire particulièrement intéressante. L'adhérence aux plans profonds, adhérence qui a persisté et dont vous pourrez vous rendre compte, semble bien indiquer que la néoplasie n'était pas simplement limitée au derme.

J'ajoute qu'elle fut traitée (*du reste sans résultat*) par le sérum du Dr Doyen et que j'ai essayé chez elle une méthode de sensibilisation dont je vous dirai quelques mots tout à l'heure.

Cette malade, âgée de 57 ans, vit apparaître, il y a 13 ans, au niveau de la région malaire droite, un petit bouton saignant facilement; il ne tarda pas à s'ulcérer.

Peu à peu, l'étendue de l'ulcération augmenta. Inquiète à juste titre, la malade consulta, il y a 7 ans, un médecin qui porta le diagnostic de cancroïde.

Depuis cette époque, on appliqua sur la plaie des médications aussi variées qu'inefficaces : pommades, emplâtres, caustiques, diachylon, etc. Entre temps, on pensa à une lésion lupique puisqu'elle fut traitée à l'hôpital Broca par la photothérapie et le thermocautère.

Tout cela ne fit rien; comme l'ulcération s'étendait toujours, comme en même temps elle creusait en profondeur, la malade alla consulter le docteur Doyen, dont elle avait entendu vanter le sérum.

Celui-ci pratiqua, il y a environ 2 ans, des injections de sérum anti-cancéreux; le traitement fut poursuivi pendant 6 semaines.

Il ne fut suivi d'aucun effet.

Lorsqu'elle vint nous trouver à l'hôpital Saint-Antoine, l'ulcération profonde, bourgeonnante, à bords taillés à pic par places, occupait une partie de la joue. Il n'y avait pas d'adénopathie, mais on constatait une adhérence des tissus aux plans osseux sous-jacents.

La photographie que je vais vous faire passer vous donnera, mieux

que la meilleure description, une idée de la lésion au début du traitement.

La malade reçut, en tout, environ 85 unités H, réparties en séances plus ou moins intenses, plus ou moins espacées, du mois de mai 1904 au mois de décembre 1905.

Elle fut traitée par la méthode que j'emploie habituellement dans ces cas : protection du centre au bout d'un certain temps, de façon à faire absorber aux bords une plus grande quantité d'énergie.

En plus, j'ai sensibilisé la plaie.

Vous savez qu'à la suite des travaux de Dreyer, de Tappeiner, etc., on a essayé de renforcer l'action des radiations en injectant dans les tissus des substances capables d'émettre un rayonnement spécial sous l'influence de certaines parties du spectre.

Morton, en Amérique, fut un des premiers à appliquer ce principe en radiothérapie.

J'ai voulu tenter un essai dans cette voie.

A cet effet, avant chaque application, j'ai recouvert d'une émulsion gommeuse de fluorine la moitié droite de la surface ulcérée et j'ai pratiqué l'irradiation. J'ai procédé ainsi pendant les cinq premières applications.

Je dois avouer que je n'ai pu constater de différence nette entre les deux côtés : la régression s'est faite sur toute la partie ulcérée ; la fluorine ne me semble pas avoir sensiblement renforcé l'action des rayons X.

J'avais choisi la fluorine parce que ce corps, non seulement devient phosphorescent (rayons visibles) sous l'influence des rayons X, mais encore émet dans ce cas une notable quantité de radiations ultra-violettes.

Il n'est pas invraisemblable d'admettre, à la suite de Goldstein et d'Holznecht, que les rayons de Röntgen, ainsi du reste que les rayons du radium et les rayons cathodiques, possèdent une propriété commune, celle de se transformer, quand ils sont absorbés, en lumière ultra-violette de courte longueur d'onde. On peut se figurer que chacun de ces rayonnements d'espèce différente se propage d'une manière qui lui est propre, mais qu'au terme ultime de son parcours il est absorbé sous forme de lumière ultra-violette ; cette transformation se produisant plus ou moins vite selon la vitesse du rayonnement primaire.

Dans cette hypothèse, on pouvait espérer que la production supplémentaire de radiations ultra-violettes par la fluorine irradiée, viendrait augmenter l'activité du traitement.

En réalité, je n'ai pu constater de différence nette. Il n'en faudrait pas conclure que la sensibilisation n'ait aucune valeur en radiothérapie.

D'abord, la sensibilisation que j'ai utilisée était faible : la production de rayons ultra-violets aurait été plus abondante si je m'étais servi d'un produit moins finement pulvérisé, mais alors il eût été en couche plus épaisse et aurait fait écran.

Ensuite, il est fort probable que l'effet de ces rayons ultra-violets (secondaires), s'il existe, a pu être totalement masqué par l'action directe des rayons X.

On sait avec quelle facilité le rayonnement d'une ampoule est absorbé par les tissus les plus superficiels : le rayonnement secondaire de la fluorine ne peut avoir qu'une très faible activité comparée à celle des rayons X incidents

Il n'en serait pas de même en profondeur, car à mesure que l'épaisseur des tissus interposés augmente, les rayons X sont de moins en moins absorbables; à une certaine profondeur, la fraction arrêtée est très faible... L'effet pourrait alors être renforcé utilement par le rayonnement secondaire du corps phosphorescent.

Il ne faut pas oublier, soit dit en passant, que le rayonnement des corps phosphorescents a toujours une longueur d'onde plus grande que le rayonnement excitateur.

Il me semble qu'il serait plus intéressant de partir d'un autre principe.

Au lieu de chercher à provoquer par les rayons X la phosphorescence d'un corps dont on utilise le rayonnement que j'appellerai secondaire, on pourrait faciliter l'absorption du rayonnement primitif en injectant dans les tissus des corps à poids atomique élevé. Frappées par les rayons X, les particules de ces corps donneraient naissance à des rayons secondaires, tertiaires, etc., rayonnement secondaire ordinairement plus facilement absorbable que les rayons primaires.

Ce ne sont évidemment là que des hypothèses; il me semble cependant que la radiothérapie pourrait tirer quelque profit de la sensibilisation.

Chez cette malade, je ne crois pas que la chirurgie ait pu donner un meilleur résultat : la cicatrice est très belle, l'aspect objectif est excellent.

Étant donnée l'adhérence aux plans profonds, adhérence qui a persisté malgré la cicatrisation, je crois utile de surveiller de très près cette malade et de lui faire de temps en temps une légère irradiation préventive.

En résumé, Messieurs, il me semble qu'au lieu d'accuser systématiquement la radiothérapie d'impuissance, au lieu de ne lui reconnaître aucune supériorité sur les autres méthodes, il serait plus sage de préciser ses indications.

Appliquée avec discernement et méthode, elle peut rendre au dermatologiste les plus précieux services puisqu'elle peut guérir là où les autres procédés ont échoué.

M. NOIRÉ. — J'ai repris les expériences de Dreyer avec la fluorescéine, mais sans succès. J'ai essayé aussi d'employer des pommades mercurielles à la vaseline radioactive, elles ne sont pas plus efficaces, mais donnent beaucoup plus facilement de la radiodermite.

M. BELOT. — La radioactivité produite par l'émanation du radium, celle que M. Noiré a employée, se perd rapidement : au bout de 4 jours, le rayonnement a déjà diminué de moitié; il ne faut pas oublier ce fait dans les expériences thérapeutiques.

Pour sensibiliser les tissus au moyen de substances à poids moléculaire élevé, les injections sous-cutanées seules ont de l'intérêt puisqu'elles permettraient peut-être d'obtenir plus d'action en profondeur; à la surface des lésions, au contraire, l'irradiation n'a pas besoin d'être renforcée; elle est toujours suffisamment énergique.

Grands chancres mous grangreneux cruro-vulvaires ; association de la symbiose fusco-spirillaire de Vincent avec le bacille de Ducrey.

Par MM. BALZER et POISSOT.

M^{me} B..., 32 ans, blanchisseuse, entre le 25 mai 1906, salle Alibert, n° 25, pour des ulcérations étendues et profondes, donnant lieu à des hémorrhagies et siégeant symétriquement au niveau des plis génito-cruraux.

Elle fait remonter le début des accidents actuels aux premiers jours de mai. A cette époque, elle aurait eu deux rapports suspects ; 4 ou 5 jours après, seraient apparus un léger gonflement des grandes lèvres et une rougeur diffuse de la région crurale adjacente ; il n'y avait ni douleur, ni gêne d'aucune sorte.

Une dizaine de jours plus tard, c'est-à-dire vers le 15 mai, la malade constate l'existence, dans chacun des plis vulvo-cruraux, centres des régions enflammées, d'une petite plaie de la grandeur d'une pièce de 1 franc.

Rapidement ces ulcérations s'étendent en surface et en profondeur, d'abord sans douleurs bien vives, aussi la malade ne s'en inquiète-t-elle nullement, puis, en raison de leur situation même, elles rendent la marche douloureuse et finalement presque impossible. Un suintement abondant, purulent, séro-sanguinolent et très fétide souille constamment la malade, des hémorrhagies locales apparaissent, et c'est alors qu'effrayée par les pertes de sang, elle se décide à venir à la consultation de Saint-Louis, où elle arrive en voiture d'ambulance.

L'état local, à son entrée à l'hôpital, est très sérieux, et l'on s'imagine difficilement que cette femme ait pu rester sans traitement jusqu'à un stade aussi avancé de ses lésions. Deux ulcérations étendues et profondes occupent symétriquement les plis génito-cruraux, empiétant d'une part sur la face externe des grandes lèvres, d'autre part sur la racine des cuisses. Irrégulièrement ovalaires, à contours nets, ces ulcérations mesurent : celle du côté gauche, allongée dans le sens du pli génito-crural, 6 à 7 centimètres sur 5 à 6 centimètres ; celle du côté droit, allongée transversalement sur la racine de la cuisse, 3 ou 4 centimètres dans son diamètre vertical, 7 à 8 centimètres dans son diamètre transversal.

Les bords, taillés à pic, présentent un bourrelet rougeâtre, nettement inflammatoire. De toute la surface ulcérée s'écoule une sanie séro-sanguinolente, mêlée de pus et de lambeaux noirâtres, sphacelés, d'odeur infecte. La douleur au contact est vive.

Dans toute la région voisine, la peau est le siège d'un érythème inflammatoire, sur lequel se sont développées, en arrière des ulcérations principales, de petites ulcérations, l'une à droite, peu profonde, allongée transversalement, trois à gauche, presque lenticulaires, à bords décollés, à fond tomenteux, laissant suinter un pus épais, jaunâtre, très douloureuses au contact, à base parfaitement souple.

Les ganglions inguinaux ne sont ni tuméfiés, ni douloureux.

La vulve est complètement masquée par l'œdème des grandes lèvres ;

celles-ci sont difficilement écartées l'une de l'autre et on constate alors un écoulement leucorrhéique assez abondant, mais pas d'ulcérations.

L'anus ne présente aucune lésion.

L'état général n'est nullement en rapport avec l'importance des lésions locales. La température est normale; le pouls est à 76. La langue est légèrement saburrale. Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine. Pas de vomissements, pas de céphalée.

La malade affirme que son état de santé habituel est excellent. Elle n'a jamais été malade. Elle n'a pas eu de grossesse. Elle nie tout antécédent syphilitique et il n'est d'ailleurs pas possible de trouver actuellement un stigmate quelconque de vérole. Elle nie l'éthylisme, mais un léger tremble-

L'examen bactériologique pratiqué le lendemain de l'entrée, avant tout traitement, a donné les résultats suivants :

ment de la langue et des doigts, un certain degré d'agitation et d'insomnie, surtout marqué, dit-elle, depuis son entrée à l'hôpital, quelques douleurs stomacales, de l'anorexie, ne permettent pas de l'innocenter complètement à cet égard.

Pus des grandes ulcérations : Fixation à l'alcool-éther. Coloration au Ziehl dilué.

Les préparations montrent une flore microbienne extrêmement riche et très variée, dans laquelle on aperçoit, de prime abord, de nombreux spirilles, peu colorés, rappelant par leur forme et leur aspect les spirilles décrits par M. Vincent dans l'angine et dans la stomatite ulcéro-membraneuses. En certains points, mais toujours en petit nombre, des bacilles fusiformes, très colorés, à extrémités effilées, quelquefois réunis en diplo-bacilles, leur sont associés.

Il était difficile d'affirmer la présence du bacille de Ducrey, en raison de l'abondance extrême des espèces microbiennes. Nulle part nous ne l'avons vu en groupements caractéristiques, mais çà et là de petits bacilles en navette, à centre clair, à extrémités très fortement colorées, rappelaient l'aspect du bacille du chancre mou, et cette impression était d'ailleurs confirmée par l'examen du pus des petites ulcérations. Ici les bacilles de Ducrey étaient facilement reconnaissables, en groupements intra et extracellulaires; par contre, les spirilles étaient très rares et il n'y avait pas de bacilles fusiformes à ce niveau.

Dans l'écoulement vulvaire, nous n'avons trouvé ni gonocoques, ni spirilles.

Nous n'avons pas cherché à contrôler le diagnostic de chancre mou par l'auto-inoculation; nous ne nous sommes pas cru autorisés à la pratiquer, en raison de l'allure gangreneuse et de la tendance phagédénique des lésions.

Persuadés d'ailleurs que la malignité locale était due beaucoup plus aux spirilles qu'au bacille de Ducrey, nous avons institué immédiatement la médication par le bleu de méthylène : badigeonnages journaliers des lésions avec la solution de bleu à 4 p. 200; compresses en permanence, imbibées d'eau oxygénée boratée.

Déjà après 48 heures l'amélioration était manifeste et le processus gangreneux enrayé. La réparation se fait actuellement avec une grande rapidité.

L'examen microscopique a montré, dès le deuxième jour du traitement, la

disparition complète des spirilles et des bacilles fusiformes ; par contre, le bacille de Ducrey, beaucoup moins sensible au bleu de méthylène, se retrouvait encore au huitième jour, en certains points des grandes ulcérations.

..

C'était là une nouvelle preuve qu'il s'agissait bien de chancres mous.

C'est qu'en effet à l'arrivée de la malade, et avant tout examen microscopique, on aurait pu penser, en présence de telles lésions, en raison de leur spontanéité apparente et de leur extension rapide, à une gangrène à streptocoques. Mais le siège exclusivement périgénital, la limitation du sphacèle, l'absence de phénomènes généraux et l'apparence même des lésions n'étaient guère en faveur de cette hypothèse.

L'examen microscopique nous a montré qu'il s'agissait en réalité de chancres mous périgénitaux, siégeant dans les plis vulvo-cruraux. Mais l'envahissement de ces ulcérations chancrelleuses par les spirilles et les bacilles fusiformes semble avoir été la cause du processus gangreneux secondaire, qui aurait pu faire méconnaître la véritable nature des lésions, si nous n'avions réussi à mettre le bacille de Ducrey en évidence, d'abord dans les petites ulcérations, ensuite dans les ulcérations principales, au moment où les spirilles et la plupart des autres microbes avaient disparu, détruits par le bleu de méthylène.

L'apparition primitive de ces chancres mous dans les plis vulvo-cruraux, leur allure gangreneuse très marquée sous la dépendance de la symbiose fuso-spirillaire, l'arrêt presque immédiat de ce processus des phacèle et la réparation rapide après l'action du bleu de méthylène sont des faits intéressants sur lesquels nous avons voulu retenir un instant l'attention.

Ils sont à rapprocher, sans cependant leur être superposables, de ceux que MM. Danlos et Dehérain ont rapportés dans la séance du 1^{er} mars 1906.

La localisation singulière des lésions dans les plis vulvo-cruraux aurait pu nous tromper et faire écarter l'idée de chancre mou, d'autant plus qu'ils n'y avait pas de chancre à la vulve, comme cela est la règle habituelle.

En pareil cas l'examen bactériologique est nécessaire pour arriver à un diagnostic certain. Il est probable que la plupart des affections gangreneuses des organes génitaux, tels que chancres mous gangreneux, *affection anthracôïde* de Mauriac, doivent être attribuées à la symbiose fuso-spirillaire de Vincent (1), constatée également par Rona et Matznauer, mais cette symbiose paraît volontiers pénétrer par les portes d'entrée ouvertes par le bacille de Ducrey. Celui-ci n'est pas détruit par le sphacèle, on peut constater sa présence aux

(1) VINCENT. La symbiose fuso-spirillaire. *Annales de dermatologie*, p. 401, 1905.

diverses phases de l'affection. Il prédomine de nouveau à mesure que le bleu de méthylène fait disparaître la symbiose fuso-spirillaire.

Accidents causés par la piqûre de l'Argas.

Par MM. BALKER et POISOT.

Nous venons d'observer un cas curieux de parasitisme accidentel, dû à un acarien du genre *Argas*. C'est là un hôte assez fréquent des colombiers, où il exerce des ravages et dans lesquels il peut persister très longtemps, même après leur abandon ; il est en effet susceptible de rester des années sans prendre de nourriture.

Les cas paraissent assez rares, du moins en France, où l'*Argas* des pigeons s'attaque à l'homme, mais cette rareté n'est peut-être qu'apparente : on ne songe pas à l'*Argas*, on ne sait pas le reconnaître. En présence des accidents qu'il détermine, on pense à des piqûres de punaises ou de moustiques, à une urticaire de cause interne, ou, si les accidents sont sérieux, à une lymphangite, à un phlegmon, dont on méconnaît l'origine. Voit-on l'acarien lui-même, on le prend volontiers, à un examen superficiel, pour une vulgaire punaise, erreur que l'on évitera très facilement par la constatation des quatre paires de pattes et du rostre ventral. La présence d'un pigeonnier, même abandonné, à proximité du local habité par le malade, sera, à défaut de la constatation de l'acarien lui-même, un élément important du diagnostic qui permettra, une fois posé, de combattre la cause des accidents.

Voici le cas qu'il nous a été donné d'observer :

L..., garçon de café à Meudon, vient à la consultation de l'hôpital St-Louis, le 3 juin 1906, pour une lésion inflammatoire douloureuse du bras gauche, causée, dit-il, dans la nuit du 3 au 4 juin, par la piqûre d'insectes dont il nous présente d'ailleurs trois échantillons, l'un desséché et plat, les deux autres vivants et gorgés de sang.

Toute la région du coude gauche est le siège d'un gonflement œdémateux et d'une rougeur diffuse, d'aspect phlegmoneux, descendant jusqu'au tiers inférieur de l'avant-bras, remontant jusqu'à la région deltoïdienne et à l'aisselle. Le bras est très augmenté de volume, et sa circonférence mesure, au-dessus comme au-dessous du pli du coude, 5 centimètres de plus que du côté sain.

Les limites de cet œdème inflammatoire sont assez nettes, mais ne présentent pas de bourrelet érysipélateux ; quelques trainées lymphangitiques remontent jusque dans l'aisselle.

La peau est œdémateuse, dure, tendue, douloureuse spontanément

et surtout à la pression ; l'élévation de la température locale est des plus marquées.

Sur le fond rouge on aperçoit, se détachant en plus pâle, dans la région du coude et à la partie postéro-supérieure du bras, quatre papules de la dimension d'une pièce de 50 centimes, dont le sommet a été excorié par le grattage.

Les ganglions de l'aisselle sont indemnes.

La douleur est vive : cuisson, élancements, prurit intense, presque insupportable. L'avant-bras est immobilisé en demi-flexion ; tous les mouvements sont douloureux.

L'état général est bon. Mais le malade prétend avoir eu une céphalée assez vive et des courbatures pendant la journée qui a suivi les piqures.

Il n'y a pas trace d'urticaire, ni d'autre éruption en aucun point du corps. Le malade n'a jamais présenté d'éruption ortiée, pas plus parasitaire qu'alimentaire. Il ne présente pas de dermographisme.

Déjà il y a 12 jours, L... était venu à la consultation de Saint-Louis pour une lésion de la main et de l'avant-bras droits, analogue à celle qu'il présente aujourd'hui au bras gauche ; il nous montre les traces des piqures, persistant sous forme de papules dures et saillantes ; il y a même encore un peu d'œdème et de rougeur de la face dorsale de la main. Le diagnostic n'avait pas été fait et lui-même ne soupçonnait pas alors la présence de parasites. Antérieurement encore, en août 1905, il avait été piqué au cou : les lésions avaient le même aspect phlegmoneux et s'accompagnaient des mêmes douleurs.

Nous examinons l'« insecte » incriminé. Il a la forme d'un petit bouclier ovoïde, long de 7 millimètres, large de 4 millimètres ; de couleur gris brun, il est bordé par un petit ourlet plus clair, jaunâtre, légèrement saillant. A la face ventrale, on aperçoit un petit rostre et les 8 pattes caractéristiques des Arachnides. Il s'agit évidemment d'un Acarien, et, songeant à l'Argas, nous demandons au malade s'il loge près d'un colombier ; il nous apprend alors qu'il couche dans le pigeonnier même du café où il sert, pigeonnier abandonné depuis 4 ans, transformé en chambre d'habitation l'an dernier et encore infesté par les Argas, comme cela se voit fréquemment.

Nous devons à la complaisance de M. le Dr Brumpt, préparateur de M. le Prof^r R. Blanchard, la détermination exacte du parasite :

Argas reflexus, Latreille 1795, connu encore sous le nom d'Argas marginatus. C'est cette espèce qu'on rencontre le plus habituellement en Europe.

Les méfaits de ces Argas sont depuis longtemps connus en ce qui concerne leur parasitisme normal chez les pigeons.

Quelques rares observations signalent les accidents qu'ils déterminent en s'attaquant à l'homme, soit que celui-ci couche dans un pigeonnier abandonné, soit plutôt que les Argas, s'insinuant dans les interstices des murs, viennent infester les logements voisins.

Boschulte, Taschenberg, Chatelin et Laboulbène, Alt, Terrenzi, en ont rapporté des exemples, qui sont consignés dans la thèse de Gibert (1), avec l'auto-observation de cet auteur.

La piqûre des Argas détermine des accidents locaux toujours douloureux : le prurit est intense, avec sensation de brûlure locale et élancements dans la région atteinte.

L'éruption toxidermique qui l'accompagne peut être érythémateuse, papuleuse, vésiculeuse, urticarienne surtout, pouvant revêtir l'aspect de l'urticaire géante. Le plus souvent elle se localise à la région piquée, mais elle peut aussi, suivant la susceptibilité individuelle, se généraliser à toute la surface du corps. Ces accidents relèvent à n'en pas douter de l'inoculation d'un venin, dont l'action se fait sentir différemment suivant les réactions dermiques et nerveuses individuelles.

Les complications pseudo-phlegmoneuses avec œdème inflammatoire, les lymphangites, les adénites, les phlegmons, dont on a parfois signalé l'apparition à la suite des piqûres d'Argas, paraissent être plutôt le résultat de l'inoculation mécanique de microbes septiques par le rostre de l'animal ; ils apparaîtraient surtout lorsqu'on arrache violemment l'Argas au cours de la succion et qu'on laisse ainsi son rostre dans la plaie.

D'ailleurs les Argas ne sont pas seulement des agents de toxidermites artificielles ou d'accidents septiques. On sait aujourd'hui qu'ils sont susceptibles de jouer un rôle dans la dissémination de quelques maladies infectieuses. Ce rôle est démontré pour les Argas exotiques ; et si Brumpt (2) a prouvé qu'il ne fallait nullement incriminer certaines espèces africaines dans la transmission du paludisme, Dutton (3), par contre, vient de mettre en lumière tout récemment que la Tick-fever d'Afrique, due à un spirochète probablement identique au spirochète d'Obermeyer de la Récurrente d'Europe, était inoculée à l'homme par un acarien du groupe des Argas, l'*Ornithodoros moubata*. Cette inoculation ne serait pas le résultat d'une simple action mécanique, mais d'un phénomène plus complexe, d'ordre biologique,

(1) GIBERT. L'Argas reflexus et son parasitisme chez l'homme. *Thèse*, Bordeaux. 1896.

(2) E. BRUMPT. Sur l'action pathogène des piqûres d'Argas. *Archives de Parasitologie*, IV, n° 4, p. 578, 1901.

(3) J. E. DUTTON et J. G. TODD. The nature of human tick-fever in the eastern part of the Congo free state. In report Liverpool, VI, 2 p. III, 128, 1906.

l'Argas jouant dans la transmission de cette affection le même rôle que les Anophèles dans la transmission du paludisme.

La transmission de la fièvre récurrente d'Europe par des Argas apparaît dès lors comme une hypothèse possible et intéressante, et, dans tous les cas où l'on constatera des accidents généraux à la suite des piqûres d'Argas, la recherche du spirochète d'Obermeyer s'imposera, dans le sang et dans la sérosité des vésicules et de l'œdème.

Nous avons pratiqué cette recherche chez notre malade, bien qu'il ne présentât pas de phénomènes généraux : elle a été négative, comme nous nous y attendions. L'examen du sang nous a révélé une éosinophilie très nette (10 à 12 p. 100). Constatons seulement cette coïncidence d'une éosinophilie avec des accidents causés par un acarien venimeux, sans chercher à en tirer aucune déduction, le sang du malade n'ayant été examiné ni avant les piqûres, ni après la cessation des accidents.

Revu trois jours plus tard, le malade présentait une sédation marquée de tous les phénomènes locaux ; cependant l'œdème était encore très étendu, la rougeur assez vive et les piqûres persistaient sous forme de papules dures et douloureuses à la pression.

Phlébite syphilitique ilio-crurale double.

Par M. AUDRY.

On sait maintenant que les phlébites syphilitiques sont assez fréquentes. Mais les observations où il s'agit de lésions des grosses veines profondes sont encore rares. J'en ai publié ici même un exemple (veine poplitée). En voici une autre, plus remarquable, parce que l'altération frappa les veines ilio-crurales, et se traduisit par une double phlegmatia alba dolens. Dans ce cas, la phlébite se produisit à une période relativement ancienne de la maladie. Malgré son importance, elle guérit aussi facilement, toutes proportions gardées, que les autres localisations veineuses de même nature.

M^{me} X..., âgée de 25 ans, a pris la syphilis de son mari, il y a 3 ans. Au début, pendant les 12 premiers mois, la maladie fut traitée et évolua normalement. Puis le traitement ne fut suivi qu'irrégulièrement. Il y a 2 ans, poussée de lithiase rénale.

En décembre 1905, je la revois anémiée, pâle, se plaignant de douleurs ; elle présente sur la crête du tibia droit une exostose récente, volumineuse et douloureuse. Ces accidents guérissent par une cure de 30 frictions d'onguent napolitain et 7 à 8 grammes quotidiens de Kl. Pas d'albumine. J'envoie la malade se reposer à la campagne. Le 18 février, au retour d'une course en

bicyclette, elle s'aperçoit qu'elle ne peut pas fléchir la cuisse gauche. Dans la nuit, en allant à la selle, elle réussit à la plier, « en entendant un craquement ». Pas d'autres accidents jusqu'au 25 du même mois, mais dans la nuit de ce jour, douleur vive et brusque dans la cuisse et l'aîne gauche. Aussitôt, le membre inférieur se gonfle, devient bleuâtre. L'œdème va du cou-de-pied au pli inguinal. Le 26, on reprend le traitement mixte.

Je vois la malade le 1^{er} mars; œdème livide de tout le membre inférieur; quelques dilatations veineuses superficielles (la malade n'a point eu de grossesses); vive sensibilité au niveau du tiers inférieur de la veine fémorale; cette sensibilité devient une douleur au niveau du triangle de Scarpa et de l'anneau crural, et aussi dans la partie inférieure de la fosse iliaque. Au toucher, on ne perçoit pas de cordon. Point de fièvre; la langue est bonne.

Le jour, la malade ne souffre pas; mais les nuits sont pénibles.

Repos au lit, frictions Hg. (la malade refuse toute injection), KI.

Le 15 mars, amélioration considérable; l'œdème a diminué; la couleur livide a presque complètement disparu; il y a moins de douleurs; les mouvements du membre deviennent assez faciles.

Le 22 mars, le membre inférieur gauche va très bien, sauf encore un peu d'œdème; mais l'avant-veille, la malade a ressenti brusquement une vive douleur dans la région ilio-inguinale droite; aussitôt après, œdème diffus de la totalité du membre, prononcé surtout à la cuisse et à la jambe; coloration livide. Au toucher, vive sensibilité dans le trajet de l'iliaque droite et de la veine crurale. Pas de cordon. Quelques douleurs spontanées vives, mais passagères; impotence du membre. Apyrexie.

Continuation du traitement.

Le 1^{er} avril, état légèrement amélioré.

Le 7 avril, progrès considérables; moins de douleurs; lividité disparue; œdème diminué.

Le 15 avril, on suspend les frictions.

Le 20 avril, les douleurs ont complètement disparu. L'œdème est nul, sauf quand la malade se lève pour faire quelques pas (œdème du pied). État général excellent. On suspend KI. On reprendra Hg. dans quelques jours.

Pour le moment, on peut considérer la phlébite comme guérie.

20 mai. La malade reste guérie, sauf un peu d'œdème des pieds après la marche.

Chéloïdes d'origine bromopotassique : action de la fibrolysine.

Par MM. CONSTANTIN et BOYREAU.

Voici une observation intéressante d'abord par les dimensions des lésions qu'on y a observées, par leur étiologie tout à fait exceptionnelle et enfin par les renseignements histologiques qu'elle nous a donnés relativement à la structure du tissu chéloïdien et aux modifications que lui apporte l'action de la fibrolysine.

Rouanet, François, 40 ans, boulanger, entre le 22 mars 1906 à la Clinique des maladies cutanées de l'Université de Toulouse, salle Saint-Victor, 4.

Père mort à 32 ans, de fièvre typhoïde; mère, 67 ans, bonne santé habituelle.

Pas de maladies dans son enfance.

A 4 ans, perte de l'œil droit par coup de couteau. Incontinence nocturne d'urines assez fréquente jusqu'à l'âge de 5 ou 6 ans.

A 17 ans, le malade commence à faire quelques excès de boissons (absinthe surtout).

A 18 ans, blennorrhagie ayant laissé une uréthrite rebelle qui se réveille de temps à autre.

Vers l'âge de 12 ou 13 ans, il aurait eu des crises nerveuses, de nature probablement épileptique et qui n'auraient pas tardé à disparaître. Mais ces accidents se manifestent à nouveau, à 19 ans, à la suite d'excès alcooliques. Nocturnes, ces crises s'accompagnaient de morsure de la langue, d'inconscience absolue, mais non d'émission d'urines. Elles étaient précédées la veille au soir d'énervement et d'insomnie jusqu'à une heure très tardive. Elles laissaient, le matin, au réveil, un état d'hébétude et d'abattement très marqués. Elles se répétaient environ tous les trois mois; dans leur intervalle, dans la journée, et survenant à des moments plus ou moins espacés, le malade était pris d'accès de céphalée gravative, occupant le sommet du crâne, d'une durée moyenne d'une heure, avec idées obsédantes ordinairement érotiques.

A 22 ans, accès palustres d'un mois, traités par la quinine. Nouveaux accès à 26 ans, pendant deux mois.

Depuis cet âge, il n'y a rien à signaler dans le passé pathologique du malade.

En janvier 1905, à la suite d'une crise analogue à celles décrites, il présente des phénomènes parétiques du côté du membre supérieur droit, de durée éphémère. Soumis à une médication bromurée, il voit apparaître, quelques jours après, une éruption furoneuleuse dans la région trochantérienne et aux fesses. Cette éruption dura avec des poussées et des rémissions pendant six mois: lorsqu'elle se fut éteinte, le malade vit se former les cicatrices qui existent actuellement.

État actuel. — Malade en bon état général, présentant quelques nævi sur le corps et une cicatrice suspecte sur le fourreau de la verge. Localement, on constate, d'abord dans la région sacrée, s'étendant à peu près symétriquement des deux côtés de la ligne médiane, une surface surélevée, rouge clair sur les parties périphériques, légèrement déprimée et pâlie au centre où elle a un aspect franchement cicatriciel, lisse partout ailleurs et de couleur foncée, accidentée par endroits de petits sillons à direction radiée; ces sillons deviennent très nombreux sur les bords de la tumeur d'où s'échappent vers la surface cutanée environnante, à la façon de pattes, des prolongements plus ou moins accusés. Le placard est saillant; il s'étend sur les deux fesses, occupant dans l'ensemble une largeur de 20 centimètres environ, et atteignant une hauteur de 10 centimètres. Il se prolonge en bas vers le pli interfessier qu'il distend et efface dans sa partie toute postérieure. Ferme, fibreuse, siège d'un léger prurit intermittent, la tumeur est indolore.

Un peu au-dessus et à droite de la surface précédemment décrite, existe une surface cicatricielle ayant au centre une chéloïde.

Il en existe une autre, peu étendue, offrant les mêmes caractères physiques que le grand placard signalé plus haut, dans la région trochantérienne droite. Dans la région trochantérienne gauche, on observe également une tumeur analogue, de 5×5 centimètres environ, à surface un peu plus tourmentée, présentant, par endroits, l'aspect d'un tourbillon brusquement figé ; ses bords envoient sur la peau d'alentour des prolongement effilés et allongés qui semblent tirer à la fois sur la peau qui se fronce et sur la tumeur. A côté et un peu en arrière, deux tumeurs identiques, plus petites. On ne constate rien par ailleurs.

24 mars. — Extirpation de l'une des deux petites chéloïdes gauches.

27 mars. — Injection de 2 centimètres cubes de fibrolysine dans la grande chéloïde de la région trochantérienne gauche.

28 mars. — Id.

29 mars. — Id. La chéloïde semble un peu gonflée.

30 mars. — Id.

2 avril. — Id. Apparition de quelques éléments érythémateux autour des chéloïdes, manifestement enflammées, rendues plus rouges encore et peut-être chaudes.

3 avril. — Accentuation des phénomènes réactionnels. La zone marginale pâle que l'on observait en particulier sur la partie gauche du pourtour de la grande chéloïde est passée au rose. La chéloïde trochantérienne gauche est rouge et tuméfiée à un degré plus accusé que les autres.

4 avril. — Les injections de fibrolysine (de 2 centimètres cubes) sont faites tous les deux jours, sous-cutanées, au pourtour des tumeurs, ou bien intrachéloïdiennes. Augmentation des phénomènes inflammatoires. Ces chéloïdes ne deviennent point douloureuses, mais le prurit dont elles étaient le siège est plus marqué.

5 avril. — Les chéloïdes sont franchement chaudes et ramollies.

9 avril. — Mêmes modifications. Biopsie.

18 avril. — Les tumeurs ont pâli ; le ramollissement que l'on commençait à observer depuis quelques jours n'a pas augmenté sensiblement mais permet de plisser légèrement la peau au-dessus des chéloïdes.

20 avril. — État stationnaire. Les chéloïdes apparaissent un peu comme flétries. Le malade ne se plaint d'aucune douleur locale ; il affirme que, le soir, elles sont plus sensibles et il a alors la sensation qu'elles ont grossi.

24 avril. — Les chéloïdes redeviennent rouges comme autrefois.

26 avril. — Les tumeurs paraissent reprendre leur ancien aspect ou du moins ne subir aucune modification importante. La chéloïde extirpée a récidivé.

28 avril. — Les modifications dues à la fibrolysine ont disparu sans laisser de traces manifestes. On envoie le malade à la radiothérapie. Suppression des piqures.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Deux fragments ont été prélevés au centre même de la tumeur, le premier avant tout traitement ; le second, après une série de dix-huit injections de fibrolysine à la périphérie ou à l'intérieur des lésions ; ces fragments ont été traités de façon identique, fixés par le mélange d'alcool

acéto-formique de Morel et Dalous, inclus dans la paraffine, colorés par l'hématéine van Gieson, — bleu polychrome, — fuchsine résorcine de Weigert, — orcéine acide.

Premier fragment. — La tumeur est constituée par d'épais faisceaux conjonctifs orientés parallèlement à la surface de la peau, formés de fibres très faiblement ondulées, serrées les unes contre les autres, et de cellules conjonctives. Ce tissu conjonctif ne présente pas de modifications histo-chimiques appréciables; ses réactions colorantes sont sensiblement normales. Par contre, on ne trouve pas d'éléments élastiques au sein de ce tissu. La tumeur est peu vasculaire et les quelques vaisseaux que l'on y rencontre sont largement béants quoique ne contenant pas de sang et leur endothélium a proliféré. La masse chéloïdienne est recouverte par un épiderme bas, ne présentant pas d'altération. Il est séparé de la tumeur par un derme offrant les particularités suivantes : les papilles sont conservées mais elles sont très diminuées en hauteur et en largeur; la charpente conjonctive élastique du derme est dense et serrée à mesure que l'on avance vers la limite du tissu néoplasique; cette condensation du tissu conjonctif s'accroît en même temps que le réseau élastique devient plus rare; tous les vaisseaux du derme sont béants quoique vides.

Second fragment. — La structure générale de la pièce est très analogue et nous n'y reviendrons pas. Nous nous bornerons à signaler les modifications survenues sous l'influence du traitement. Ces modifications portent sur les vaisseaux et sur le tissu conjonctif :

1° Du côté des vaisseaux du derme, on note une prolifération plus marquée de l'endothélium, de la congestion en certains points, et surtout, autour de ceux-ci, un infiltrat assez abondant de cellules blanches diapédésées, disposées sous forme de manchons périvasculaires.

2° Le tissu conjonctif est le siège d'un œdème généralisé notable, surtout marqué dans le derme.

Quant à la structure de la tumeur elle-même, elle diffère sensiblement de ce qu'elle était dans le premier examen : ses faisceaux conjonctifs sont gonflés et comme soudés les uns aux autres; en certains endroits, ils ont perdu leur aspect fibrillaire et paraissent formés par une matière amorphe se colorant plus faiblement, quoiqu'avec élection, par les réactifs du tissu conjonctif. On ne trouve pas autour des vaisseaux de la tumeur des traces de diapédèse aussi marquées que dans le derme.

En résumé, chéloïdes multiples, dont une énorme, développée très probablement sur des lésions causées par le bromure de potassium. On sait que ces éruptions peuvent laisser après elles des lésions difformes; mais on n'en a guère signalé d'aussi considérables. Il n'est pas possible de savoir exactement ce qu'était initialement le placard auquel a succédé la grosse chéloïde de la région sacrée : ulcération ou simple acné.

En ce qui touche la structure du néoplasme chéloïdien, on voit que la masse est constituée par du véritable tissu conjonctif adulte et non, à proprement parler, par du fibrome : une telle disposition

permet de comprendre pourquoi et comment les modifications physiologiques et anatomiques engendrées dans la tumeur par l'action de la fibrolysine n'ont pas abouti à des résultats réellement efficaces. Il semble que la fibrolysine donnera des résultats d'autant plus avantageux que les lésions traitées seront plus récentes et ainsi plus éloignées de la terminaison de leur évolution.

Le Secrétaire,

P. DÉHU.

SÉANCE DU 5 JUILLET 1906

Présidence de M. H. Hallopeau.

SOMMAIRE. — Allocution du Président à propos de la mort du Dr Barthélemy. — Quelques altérations de la peau sous l'influence de la diathèse goutteuse, par M. POSPELOW (PLANCHES II, III et IV). — Chancrerie indurée avec déhiscence linéaire du ganglion suppuré correspondant, par M. DANLOS. (Discussion : MM. CRÉQUY, LENGLET.) — Folliculites chancrerieuses de la vulve, par MM. DANLOS et PATHAUT. (Discussion : M. DARIER.) — Tuberculose vulvaire et leucoplasie, par MM. DANLOS et PATHAUT. — Note histologique sur le cas précédent, par M. GASTOT. — Verrues planes juvéniles guéries par les rayons X, par M. DANLOS. (Discussion : MM. BROCCQ, NOIRÉ, DANLOS, BAUDOUIN, PAUTRIER, LENGLET.) — Lupus avec lymphangiectasies et lymphorrhagies, par MM. BALZER et POISOT. — Érythème iodique tardif, par M. MOTY. — Tuberculose cutanée. Extirpation, greffe italienne, par M. MORESTIN. — Deux cas de cancer étendu de la langue sans récidive une année après l'ablation chirurgicale, par M. MORESTIN. — Sur un état papillomateux du cuir chevelu (forme morbide nouvelle), par M. HALLOPEAU. (Discussion : MM. BROCCQ, HALLOPEAU.) — Sur un cas de syphilis fraternele avec prolifération secondaire au pourtour des accidents primitifs, par MM. HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY. — Sur l'atténuation de la virulence du bacille de Koch chez les lupiques, par MM. HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY. — Sur une arthropathie psoriasique aiguë blennorrhagiforme (variété nouvelle), par MM. HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY. — Nouvelle poussée de nodules érythémateux chez une lépreuse, par MM. HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY. (Discussion : MM. JEANSELME, MOTY, DARIER, HALLOPEAU.) — Sur un mycosis fongioïde à forme ulcéreuse et serpigneuse, par MM. GAUCHER et HALLOPEAU. (Discussion : MM. GAUCHER, HALLOPEAU, MORESTIN, BALZER, BROCCQ.) — Lichen plan à grande extension de la peau et des muqueuses avec poussées multiples érythémateuses et œdémateuses, par MM. NICOLAS et FAVRE. — Sur un cas de pemphigus chronique congénital et familial à forme d'ichthyose bulleuse par MM. NICOLAS et FAVRE. — Cyanose douloureuse intermittente d'un gros orteil, d'origine syphilitique, par MM. AUDRY et BOYREAU. — Epididymite blennorrhagique suppurée; funiculite phlegmoneuse avec vaste abcès du canal inguinal, par MM. AUDRY et BOYREAU. — Elections.

Allocution du Président à propos de la mort du Dr Barthélemy.

Notre Société est de nouveau cruellement frappée : notre éminent et cher collègue Barthélemy vient de nous être enlevé après une lutte de plusieurs mois contre une inexorable maladie ; c'est avec une peine profonde que nous voyons disparaître ce collègue aimé de nous tous. Membre fondateur de notre Société, il était des plus assidus à nos séances et il y prenait la parole, avec l'autorité que lui donnait sa grande expérience, chaque fois qu'une discussion relative à la

vénéréologie venait à s'élever. C'est à juste titre que vous l'aviez nommé en avril dernier membre de notre Comité de direction, et la lettre de remerciements qu'il nous a adressée à ce sujet nous a fourni le témoignage que cette élection lui avait causé une vive satisfaction. Il appartiendra à notre Secrétaire général de nous retracer dans son ensemble sa carrière de syphiligraphe et de nous rappeler ce qu'a été l'homme, ce qu'a été le savant. J'ai voulu seulement aujourd'hui exprimer la profonde affliction que nous cause sa mort si prématurée, et dire que nous nous associons de tout cœur à la douleur de notre Président pour qui la perte de son élève affectonné est un deuil personnel.

Quelques altérations de la peau sous l'influence de la diathèse goutteuse.

Par M. POSPÉLOW (1).

(Planches II, III et IV.)

Les téguments généraux du corps humain sont si intimement liés à l'organisme tout entier que, souvent, leur état morbide sert d'indice de quelque désordre dans les organes intérieurs. Ainsi, la coloration ictérique de la peau nous fait tout de suite penser à une affection du canal intestinal, du foie ou à une altération de l'hématopoïèse, la maladie d'Addison à une lésion des glandes surréniales, le myxœdème à celle du corps thyroïde, l'érythromélgie à celle des cornes postérieures de la moelle épinière, etc.

L'abaissement des échanges des matériaux de l'organisme et la diathèse urique causent des altérations cutanées si caractéristiques qu'un coup d'œil suffit pour faire soupçonner qu'un tel malade est atteint de goutte. Nous n'énumérerons pas ici toutes les éruptions qu'on peut rencontrer chez les gouteux et qu'on considère à tort comme des « éruptions goutteuses » ; nous ne parlerons que des altérations de la peau qui ont une relation directe avec la diathèse urique et ne se rencontrent dans aucune autre maladie. Comme l'avaient déjà signalé d'abord GARROT, et dans la suite IDELER, TOLD, FOURERY, WOLLASTON, EBSTEIN et PFEIFFER, MINKOWSKI, GRAVES, LECORCHÉ, EICHHORST et d'autres, la diathèse urique est souvent accompagnée de la formation de *tophi* dans le tissu cellulaire sous-cutané, surtout dans l'hélix et l'anthélix. D'après GARROT, ces tophi sont quelquefois l'unique symptôme de la diathèse urique. Les tophi, de la grandeur d'une tête d'épingle à celle d'un petit pois, mame-lonnés, durs ou pâteux au toucher, sont entourés d'un halo formé de vaisseaux sanguins dilatés. Si on les perce ou si l'on y fait une

(1) A. POSPÉLOW. *Traité de Dermatologie*, 1905, p. 553, Moscou (en russe).

incision, on peut en exprimer une masse, tantôt molle, tantôt très dure, composée d'une multitude de cristaux en aiguilles prismatiques microscopiques ou d'amas d'urate de soude amorphe.

Outre l'oreille externe, les ailes des narines et le tissu cellulaire sous-cutané d'autres parties du corps peuvent être également affectés de ces tophi.

Les dépôts d'urate de soude se forment quelquefois très rapidement, comme l'a déjà signalé GARROT, dans le courant de 8-10 jours, pendant ou après les accès de goutte, après quoi la peau qui les recouvre s'enflamme ou se gangrène, et les tophi s'en échappent. GRAVES a observé la formation de tels tophi dans 16 cas, chez 37 malades atteints de goutte; LÉCORCHÉ dans un cinquième de tous les cas.

Indépendamment de ces tophi, nous avons eu l'occasion d'observer dans ces années dernières une *forme maculeuse* particulière de l'altération des téguments chez les gouteux, que j'ai décrite dans mon Traité de dermatologie. Cette forme de dermatose goutteuse se présente sous deux aspects. Dans l'une, on voit apparaître de petites taches pigmentaires couleur de rouille, de forme irrégulière, semblables à des éphélides, quelquefois arborescentes ou s'étalant plus ou moins et ne disparaissant pas à la pression des doigts. L'apparition de ces macules n'est accompagnée d'aucune sensation subjective, de sorte que les malades ne s'en aperçoivent souvent même pas et n'en sont informés que par leur médecin. C'est, à notre avis, la *première forme* de la dermatose maculeuse de la goutte. Ces taches se localisent surtout aux extrémités inférieures et de préférence aux jambes et aux chevilles (Voir Pl. II). A mesure que les accès de goutte deviennent plus forts, là où les taches roussâtres qui accompagnaient les accès précédents n'ont pas encore disparu, on peut voir apparaître des taches pointillées, bleu violacé ou violet foncé qui ne s'effacent pas non plus à la pression des doigts. Souvent elles suivent le trajet des petites veines de la peau, deviennent également arborescentes, s'étalant peu à peu; elles sont accompagnées d'infiltrations et d'œdème de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané et deviennent douloureuses à la pression. L'apparition de ces macules est accompagnée d'une élévation locale de la température. La transsudation hémorragique des vaisseaux sanguins, qui est la cause de ces taches, s'accumule quelquefois sous l'épiderme; celui-ci se trouvant macéré, la couche cornée est enlevée par le frottement du linge et des habits, et il se forme des érosions nacréées, à bords irrégulièrement corrodés. Telle est la *deuxième forme* de la dermatose goutteuse (Voir Pl. III) (1).

Si le processus pathologique ne s'arrête pas là, soit spontanément,

(1) Les dessins ont été exécutés par le moulagiste S. FIVESKY, d'après les moulages du musée de la clinique dermatologique de l'Université de Moscou.

soit à la suite d'un traitement approprié, l'infiltration œdémateuse de la peau et du tissu cellulaire ainsi que la fièvre augmentent, la peau des jambes rougit au point de prendre une teinte brunâtre; elle se tend, devient luisante, et l'œdème énorme des extrémités, surtout des jambes, rappelle l'éléphantiasis des Arabes. A mesure que les accès de goutte s'aggravent, la peau s'ulcère superficiellement ou bien se gangrène dans certains endroits. C'est la *troisième forme* des altérations cutanées dans la diathèse urique que nous avons décrite (Voir Pl. IV).

Quant à l'*anatomie pathologique*, la biopsie pratiquée aux jambes de deux malades atteints indubitablement de goutte, nous fit reconnaître que la couleur roussâtre et bleu violacé de la peau était due tant à une agglomération de petits amas de pigment hémattique autour des vaisseaux sanguins, qu'à l'infiltration d'un exsudat sanguin dans la peau et le tissu cellulaire. Dans ces endroits, il se forme en même temps des concrétions d'*urate de soude* amorphe et des cristaux d'*acide urique* que l'on distingue le mieux au microscope à la lumière polarisée, comme l'ont signalé Ebstein, Oustinoï et Wermel.

Diagnose. — L'absence de varices ou bien une dilatation insignifiante des veines chez les gouteux obligés de travailler debout, des accès aigus de goutte, la disparition relativement rapide des infiltrations de la peau, les érosions cutanées, l'augmentation de l'acide urique dans l'urine pendant les accès de goutte, tous ces symptômes caractérisent suffisamment la dermatose et la distinguent des varices venarum. L'absence des lésions caractéristiques des gencives, des muscles, etc., distingue ces altérations goutteuses du scorbut. En cas de besoin, la biopsie, l'examen histologique de la peau malade par rapport au pigment sanguin, les amas d'urate de soude amorphe et les cristaux d'acide urique, en même temps que la constitution chimique particulière de l'urine, tous ces indices forment une base suffisante pour la diagnose de la dermatose goutteuse.

Le *traitement* de la peau se réduit au traitement général du malade tant pendant les accès qu'en dehors. Aux époques qui suivent les accès, l'attention devra se porter surtout sur le choix des aliments. On réduira la quantité des hydrocarbures, des graisses, des viandes noires (bœuf), des hors-d'œuvre, de l'alcool, et on augmentera celle des fruits (pommes, prunes, compotes) et des légumes (carottes, raves, betteraves) dans l'ordinaire.

On recommandera les eaux gazeuses pour la table, les promenades au grand air tous les jours, la gymnastique, les bains d'air et de soleil, les bains d'eau tiède de 27° R. Intérieurement on fera prendre le sidonal. S. piperazine chinæ de 2,0-8,0 par jour, l'urotropine, 0,5-1,0, 2-3 par jour; on recommandera le régime lacté, le lait caillé avant le sommeil, les eaux alcalines de Vichy, Contrexéville, Vals,

Fachingen, Essentoucky n° 17, Borjaume (source Catherine), Vittel, etc. Pendant les accès de goutte, on peut faire appliquer localement des compresses d'acide borique 3 p. 100 *cum aqua plumbi* a, et après la guérison des ulcérations superficielles et érosions on conseillera un léger massage, des exercices dans la matinée, en gardant le lit le moins possible, de légers purgatifs, tels que l'eau de la source de Bataline (Caucase), un verre par jour à jeun, le sel de Carlsbad, le citrate de magnésie, etc.

Chancrelle indurée avec déhiscence linéaire du ganglion suppuré correspondant.

Par M. DANLOS.

Malade syphilitique depuis 7 à 8 mois, traité antérieurement dans le service pour un chancre induré et des accidents secondaires.

Au moment de sa réadmission il présentait une roséole de retour (anneaux), une ulcération de la verge et un bubon suppuré de l'aîne gauche.

L'ulcération de la verge occupait tout le bord gauche de l'orifice préputial, elle était *très fortement* indurée et, sans la connaissance que nous avions des antécédents du sujet, aurait pu être prise pour un accident primitif. Ce ne pouvait être qu'une chancrelle ou une syphilide secondaire. L'abondance de la sécrétion, la profondeur, l'adénite plaident en faveur de la première opinion. Une inoculation positive au bras, et la constatation du bacille de Ducrey prouvèrent qu'elle était fondée. L'induration pseudo-chancreuse relevait peut-être un peu du contact de l'urine, mais principalement du terrain syphilitique. C'est un fait d'observation commune, bien que peu connu, que l'induration des ulcérations chez les syphilitiques surtout récents.

Le bubon, dans le pus duquel il n'existait pas de Ducrey, s'était ouvert transversalement dans l'étendue de 2 centimètres, sous forme d'une fente linéaire que l'on aurait supposée faite au bistouri. En réalité, l'ouverture était spontanée mais s'était produite dans des conditions spéciales. Douze ans auparavant le malade avait eu au même point une adénite suppurée d'origine chancrelleuse, ouverte dans l'étendue de 2 centimètres par un médecin. A l'occasion du nouveau chancre; nouvel abcès; et la cicatrice avait cédé dans toute son étendue comme un point faible; d'où l'apparence trompeuse de l'ouverture.

M. CRÉQUY. — Il est bon de faire l'incision dans le sens perpendiculaire au pli de l'aîne.

En incisant parallèlement on est exposé à tous les accidents dus à la traction et au recroquevillement des bords de l'incision.

M. LENGLET. — Il est prudent de ne pas inciser largement un bubon chancrelleux, la plaie qui résulte d'une telle incision est longue à cicatriser, elle résiste mal à l'infection chancrelleuse et son pouvoir de réparation est médiocre.

- Le procédé le plus approprié est la simple ponction du bubon. Il suffit que

la dimension de l'ouverture soit suffisante pour éliminer le pus et pour introduire les topiques modificateurs.

Folliculites chancrelleuses de la vulve.

Par MM. DANLOS et PATHAUT.

Femme de 63 ans, sans antécédents syphilitiques, sans maladies antérieures. 8 à 15 jours après un double rapport, sensation de brûlure aux parties génitales et à l'anus, suivie du développement de boutons. Au moment de l'admission le mal existait depuis une dizaine de jours et l'on constatait l'état suivant :

Les deux grandes lèvres dans toute l'étendue de leur face cutanée étaient surmontées d'environ 25 à 30 saillies coniques, à sommet obtus perforé en son milieu comme à l'emporte-pièce par une ulcération putéiforme. La palpation peu douloureuse ne donnait qu'une gouttelette de pus insignifiante. Nous crûmes pendant 2 ou 3 jours à de simples folliculites suppurées ; mais bientôt le tableau changea. Le pertuis surmontant les petites saillies s'agrandissait chaque jour et permit la pénétration d'un stylet, montrant qu'il conduisait dans une cavité en forme de gourde dont l'orifice représentait le goulot. En présence de cette évolution nous rejetâmes le premier diagnostic pour celui de chancres d'origine folliculaire.

Ce diagnostic, rendu probable par la marche du mal, l'abondance de la suppuration, le décollement des bords et par un chancre mou très net développé sur la face muqueuse d'une hémorroïde, fut confirmé par l'inoculation, qui donna dès les premières 36 heures une pustule à évolution caractéristique, et par l'examen microscopique (Gastou) qui montra du Ducrey en grande abondance.

La pièce moulée figure au Musée de l'hôpital Saint-Louis, sous le n° 2494.

M. DARIER. — Dans certains cas les folliculites chancrelleuses sont si petites qu'on éprouve de réelles difficultés de diagnostic. La folliculite est alors très comparable, au moment où elle se produit, à la minuscule pustulette du chancre d'inoculation au second jour de son évolution.

Tuberculose vulvaire et leucoplasie.

Par MM. DANLOS et PATHAUT.

La malade, âgée actuellement de 55 ans, est entrée pour la première fois en 1895 dans le service de l'un de nous. Elle présentait alors à la vulve une affection ulcéreuse dont le début remontait à une quinzaine d'années environ, mais n'avait fait que des progrès très lents. Elle se caractérisait par des ulcérations siégeant sur la grande lèvre gauche et la région clitoridienne. Celle de la grande lèvre reposait sur une saillie non papillomateuse ni leucoplasique de 3 centimètres de hauteur et 1 environ de largeur. Au-dessus du clitoris était une ulcéralion ovale en forme de lentille allongée, à bords abrupts et surélevés en dehors, en talus du côté de l'ulcération dont le fond était un peu déprimé et de teinte jaunâtre. Il existait, en outre, une tumé-

faction générale œdémateuse du capuchon clitoridien et des petites lèvres. (Voir le moulage n° 1831, Musée de l'hôpital Saint-Louis.)

Un peu par exclusion, un peu en raison de l'évolution du mal et de son indolence, la maladie parut rentrer dans ce que Huguier a décrit sous le nom d'esthiomène. La malade fut opérée par excision et guérie dans le service de M. Nélaton. Avant l'opération un petit fragment fut prélevé et inoculé dans le péritoine à deux cobayes par M. Sicard, alors interne du service. Six mois après, ces cobayes, qui ne furent pas sacrifiés, étaient encore bien portants. (Note de M. Sicard.)

A la suite de l'opération la guérison fut d'abord complète et se maintint telle pendant 5 à 6 ans; puis les parties opérées redevinrent malades, et le mal, toujours indolent, augmenta peu à peu. Aujourd'hui, après 5 ans environ d'existence nouvelle, il se présente sous l'aspect suivant :

La grande lèvre droite, autrefois respectée, est encore intacte dans la presque totalité de son étendue. La grande lèvre gauche est surmontée dans presque toute sa hauteur par un placard ovalaire, à grand axe vertical, saillant d'un millimètre environ, à limites nettes et dont la surface nettement leucoplasique est érodée par places. Sous les taches blanches et dans leur intervalle, rougeur assez vive. Dans la région clitoridienne, l'aspect est très différent. Le capuchon du clitoris, tuméfié, épaissi et légèrement leucoplasique, est hérissé sur sa face externe de très petites saillies papillaires. Sa face interne est lisse et leucoplasique, le clitoris lui-même paraît atrophié. De chaque côté du capuchon, mais surtout à gauche, se voient deux grosses masses papilliformes, rouges, molles, recouvertes d'épiderme blanchâtre adhérent et divisées en plusieurs lobes par des sillons verticaux; ces lobes étant eux-mêmes hérissés de papilles plus petites.

La muqueuse vaginale est absolument respectée, la muqueuse vulvaire l'est elle-même dans ses quatre cinquièmes inférieurs.

A l'anus, bourrelet hémorroïdaire partiellement leucoplasique. (Voir au Musée le moulage n° 2496.)

L'aspect de ces lésions, leur mollesse, la lenteur d'évolution, la maladie antérieure, dont il semble bien que celle d'aujourd'hui n'est que la récurrence, joints au développement récent d'une adénopathie tuberculeuse suppurée rétro-mastoidienne, conduisaient au diagnostic de tuberculose vulvaire; mais l'état nettement leucoplasique obligeait à quelques réserves au sujet de l'épithélioma. Pour trancher la difficulté, nous priâmes M. Gastou de faire une biopsie. Celle-ci a confirmé le diagnostic de tuberculose.

On en lira ci-après le détail dans l'intéressante note de M. Gastou.

Note histologique sur le cas précédent.

Par M. GASTOU.

La biopsie faite sur la lésion vulvaire donne les lésions histologiques suivantes :

Les coupes sont constituées par deux parties.

A la bordure, formant la périphérie de la néoplasie, une zone épidermique

très développée, mais sans aucune apparence de lésion épithéliale ou épithéliomateuse.

Il n'y a pas d'altérations épidermiques nettes.

Dans la profondeur toute la masse de la néoplasie est formée d'un tissu très condensé, composé de deux éléments :

1° Un réticulum conjonctif à petites mailles, à fibrilles très fines;

2° Des amas de cellules lymphoïdes situées dans les espaces limités par le réticulum.

Ces amas se groupent de deux façons différentes :

a) D'une façon diffuse comme dans un tissu lymphoïde;

b) En amas rappelant des granulations miliaires. Dans ce cas, les amas sont surtout situés autour ou près des vaisseaux.

Il n'y a pas d'autres éléments cellulaires.

On ne trouve pas de cellules géantes typiques.

Dans l'ensemble de ses caractères la lésion n'est ni un épithélioma ni une lésion syphilitique.

Elle a l'aspect des néoplasies lymphoïdes se rapprochant de la structure des sarcoïdes de Bæck et par suite pouvant être assimilée à une tuberculide infiltrée massive.

Verrues planes juvéniles guéries par les rayons X.

Par M. DANLOS.

Il s'agit d'un enfant d'une dizaine d'années dont la figure était criblée de verrues planes qui avaient résisté à plusieurs essais thérapeutiques faits par divers médecins. Des verrues existaient également sur les mains. Étaient-ce également des verrues planes ? le fait est très probable, mais je ne saurais à distance me permettre une affirmation précise.

La guérison a été obtenue en une séance (il y a eu en réalité trois applications, mais sur trois régions différentes, joues et front. Durée de chaque application : 15 minutes. Source : machine Drault, ampoule Müller. — Distance à l'anticathode : 15 centimètres. Radiochromomètre 6 à 7, quantité 3 H faibles) et se maintient depuis. Chose singulière, les verrues des mains, qui n'avaient été soumises à aucune radiation, ont disparu simultanément. La guérison était complète en 15 jours.

Chez un autre enfant un peu plus jeune, le même traitement nous a donné sensiblement, dans le même délai, le même résultat. Ici encore existaient sur les mains des verrues, *planes également*, qui ont disparu sans traitement en même temps que les autres. Dans ce dernier cas, l'ampoule Müller était actionnée par une bobine de 40 centimètres. (Courant 7 à 8 dixièmes de milliampere. Rayons 8. Distance 15 à 18 centimètres. Durée 4 minutes.)

Deux séances générales sur toute la figure ont été faites à dix jours de distance. Une seule aurait peut-être suffi. Aucune réaction d'ailleurs. Les yeux étaient protégés par des lunettes de plomb lutées au bord avec une pâte au bismuth. Le papier Noiré-Sabouraud virait en 11 à 12 minutes. — La guérison se maintient depuis trois mois.

On remarquera que dans ce dernier cas nos séances n'ont été que de 4 minutes, bien qu'il en fallût 11 à 12 pour faire virer le papier à cinq. Nous l'avons fait parce qu'à plusieurs reprises nous avons eu avec la bobine des radiodermites bien avant le virage du papier Noiré-Sabouraud.

Je publie ces faits sans chercher d'explications; ils montrent que les rayons X sont un excellent et inoffensif moyen de guérir ces petites lésions, qui résistent souvent aux pommades (calomel, acide salicylique, etc.) et contre lesquelles les moyens chirurgicaux ne sont pas sans inconvénient (temps passé, douleur, cicatrices, etc.).

M. BROCC. — Le traitement des verrues peut être l'objet de nombreuses controverses. S'il est vrai que la radiothérapie guérit aisément bon nombre de verrues planes ou de verrues vulgaires, il ne l'est pas moins que les doses de rayons qu'il faut employer pour triompher des verrues rendent dangereux le procédé radiothérapique quand il s'agit de verrues des mains. Cette région, la face dorsale de la main en particulier, réagit vivement à des doses qui laissent intacte la peau du visage.

Ces doses de 4 à 6 H, nécessaires pour guérir la verrue, sont la cause fréquente d'ulcères rebelles, d'atrophies, de télangiectasies. Aussi la radiothérapie ne doit-elle être utilisée qu'en dernière analyse et contre des verrues de petite dimension, de faible épaisseur. Les procédés les plus divers viennent d'ailleurs à bout des verrues planes; l'effluve de haute fréquence, l'effluve statique en ont raison. La suggestion suffit chez certains sujets, j'ai pu l'observer moi-même. Dans un cas où les verrues n'étaient pas modifiées par plusieurs séances de haute fréquence, je persuadai à la malade que ses verrues allaient tomber, elle le crut et ses verrues tombèrent dès les jours suivants. Cela ne veut pas dire que tout est suggestion dans l'action des divers procédés employés contre elles.

M. NOIRÉ. — Je suis très étonné des radiodermites que M. Danlos ne peut, dit-il, éviter avec notre radiomètre.

Avec ce seul moyen de dosage il est fait, à l'École Lailler, 50 séances de radiothérapie par jour, et depuis un an et demi il n'y a pas eu une seule radiodermite. Il faut donc chercher la cause de tels accidents, chez M. Danlos, non dans l'usage de notre radiomètre mais dans une faute de technique dont il ne se rend pas compte.

M. DANLOS. — Il y a certainement dans le développement de ces radiodermites quelque chose dont je ne me rends pas compte. N'en pouvant trouver la cause, j'ai prié l'ingénieur de la maison Gaiffe de la rechercher lui-même, et il n'a pas été plus heureux que moi.

Peut-être admettons-nous plus facilement que d'autres l'existence des radiodermites.

Pour moi, il y a radiodermite quand il se manifeste, dans les huit à dix jours qui suivent une séance, une rougeur dessinant le contour du cylindre d'application. Or cette rougeur se produit assez souvent après des séances de 3 minutes, le papier n'accusant la teinte limite de 5H qu'après 11 ou 12 minutes.

Ces radiodermites ont toujours été très légères, caractérisées par un peu d'érythème suivi de pigmentation et d'exfoliation épidermiques.

Je ne sais ce qui se serait produit si j'avais laissé mes malades jusqu'à l'apparition de la teinte limite, mais il m'a paru prudent de ne pas le faire. Je me contente pratiquement de savoir que dans les conditions où nous marchons (6 à 9 dixièmes de milliampère ou secondaire, rayons 7 à 8. Distance 15 centimètres. 4 à 4/2 ampères ou primaire. Papier à 7,5) nous n'avons pas, après 5 minutes, de radiodermite sérieuse.

Je répète que dans ces conditions notre papier ne donne la teinte 5 H que vers 11 à 12 minutes.

Il est singulier aussi que nous n'ayons de mécompte qu'avec la bobine; car avec la machine statique et des ampoules de même origine, nous pouvons, sans crainte de radiodermite, attendre que le papier ait pris la teinte limite, ce qui nous demande en moyenne 15 minutes.

Je m'étais demandé aussi si l'érythème ne pouvait pas dépendre de la lumière ou de la chaleur dégagées par l'anticathode; mais les ampoules ne chauffent pas assez et l'érythème ne survient qu'après plusieurs jours, de sorte que je n'ai pas l'explication de cette différence.

M. BAUDOUIN. — Quelle conclusion thérapeutique M. Brocq tire-t-il de son expérience ?

M. BROCC. — A la face, je crois qu'il faudrait d'abord essayer l'effluve de haute fréquence et ensuite la radiothérapie. Aux mains je ne saurais conseiller la radiothérapie : l'électrolyse est ici un excellent moyen trop méconnu. Je n'ai pas à énumérer tous les autres moyens anciens qui peuvent, le cas échéant, rendre des services.

M. BAUDOUIN. — L'électrolyse m'a en effet donné d'excellents résultats chez quatre sœurs qui s'étaient réciproquement contaminées.

M. PAUTRIER. — La radiothérapie échoue dans des cas où l'effluve de haute fréquence donne d'excellents résultats : j'en puis citer deux exemples.

M. LENGLET. — Parmi les procédés de haute fréquence il en est un remarquablement actif sur lequel il convient d'attirer l'attention : c'est le procédé de l'étincelle de haute fréquence dérivée du résonnateur de Oudin ou du solénoïde d'Arsonval et appliquée directement sur la verrue sans interposition du manchon de verre de l'électrode condensatrice de Oudin-Bissérié. Moyennant certaines précautions destinées à anesthésier la région avant d'appliquer l'étincelle directe, on détruit la verrue en une séance et elle tombe deux à quatre jours plus tard. Le procédé est très simple.

La tige de métal de l'électrode nue doit être mince, effilée et courbée à l'extrémité pour plus de précision dans l'application.

Lupus avec lymphangiectasies et lymphorrhagies.

Par MM. BALZER et POISOT.

L..., 64 ans, imprimeur sur étoffes, né à Zurich, vient à la consultation de Saint-Louis, en février 1906, pour une affection du pied gauche, dont le début apparent remonte, dit-il, à deux mois environ.

En décembre 1905, en pleine santé, sont apparus sans cause appréciable, d'abord un œdème, puis une rougeur diffuse du pied gauche et de la partie inférieure de la jambe; mais en interrogeant le malade, nous apprenons que, depuis 3 ans au moins, existe sur la face dorsale du pied une petite plaque rouge, semblable à celles qu'il nous montre sur la face dorsale de la main gauche, et qui sont des placards d'apparence lupique.

En janvier 1906, l'œdème du pied augmentait, puis apparaissaient dans le sillon unguéal interne du gros orteil quelques petits nodules violacés qui bientôt se réunissaient et s'ulcéraient, laissant écouler pendant plusieurs jours une grande quantité d'un liquide jaunâtre et transparent. En même temps, sur le pied et sur la partie inférieure de la jambe gauche, apparaissaient de grands placards érythémateux, non prurigineux, et sur ces placards faisaient saillie de nombreux nodules lupiques d'un rouge violacé.

Au niveau des articulations métatarso-phalangiennes, face dorsale, un placard analogue s'ulcérait et devenait le point de départ d'un très abondant écoulement de liquide séreux. C'est alors que le malade vient à Saint-Louis; après quelques consultations, il entre salle Devergie, le 3 mars 1906, où son observation fut d'abord recueillie en partie par M. Vinçon, externe du service.

Tout le pied et le tiers inférieur de la jambe gauche sont le siège d'une rougeur diffuse et d'une tuméfaction œdémateuse, un peu éléphantiasique. La peau et le tissu sous-cutané sont infiltrés et indurés. Sur le fond rouge, se détachent de très nombreux nodules, plus ou moins saillants, violacés, de volume variable, de la grosseur d'un grain de mil à celle d'un pois.

Ces nodules siègent en grand nombre sur toute la face dorsale du pied et des orteils, disposés en traînées irrégulières, présentant en certains points un aspect moniliforme; ils sont confluent dans la région du cou-de-pied et au pourtour des orteils, où ils se groupent en véritables bourrelets.

A la base des orteils, face dorsale, existe une ulcération en forme de raquette, à bords livides et violacés; elle atteint les dimensions d'une pièce de 1 franc au niveau des deux premiers espaces interosseux et se continue dans les espaces interdigitaux, sans toutefois intéresser la face plantaire, vierge de toute lésion.

A la partie interne du pied, un nodule plus volumineux s'est ouvert, donnant issue à du séro-pus. D'autres, antérieurement ulcérés, sont recouverts de croûtelles jaunâtres, assez adhérentes.

En arrière, sur le trajet du tendon d'Achille, existe une saillie du volume d'une noisette; sa surface est lisse, violacée; elle est nettement rénitente, mais non réductible. D'autres ampoules au contraire, plus petites, rougeâtres, molles, presque fongueuses, s'affaissent sous la pression du doigt, pour se reproduire d'ailleurs dès qu'on cesse cette pression.

Sur presque toute la hauteur de la jambe gauche, surtout en arrière et en dedans, et jusqu'à quatre travers de doigt au-dessous du creux poplité, s'échelonnent irrégulièrement des saillies analogues.

Rien au niveau de la cuisse, mais, dans le triangle de Scarpa, on constate l'existence d'une masse volumineuse de *ganglions cruraux*. Ces lésions ganglionnaires doivent évidemment contribuer à la gêne de la circulation lymphatique dans le membre inférieur et favoriser les lymphorragies.

A la jambe droite, dans la région sus-malléolaire, avec prédominance à la face postérieure, on remarque un groupe de macules pigmentées, brunnâtres, confluentes, de la dimension d'une lentille à celle d'une pièce de cinquante centimes; quelques-unes font une légère saillie, surtout sensible à la palpation. Le malade ne peut en préciser l'origine; il dit seulement qu'elles sont apparues il y a 3 ou 4 ans, présentant d'emblée l'aspect que l'on constate aujourd'hui.

A la face dorsale de la main gauche, au niveau du carpe, des premier et deuxième espaces interosseux, et de la base de l'annulaire, on constate l'existence de cinq petits placards qui présentent les caractères cliniques suivants: ce sont des nodules dermiques, d'un rouge violacé ou légèrement jaunâtre, à peine saillants, très faiblement infiltrés, réunis en petits groupes, ou quelques-uns isolés. Ils sont apparus il y a 3 ou 4 ans, en même temps que la plaque dorsale du pied gauche. Le malade ne s'en inquiétait nullement, vu l'absence complète de gêne et de douleur.

Le diagnostic de ces placards présente une certaine difficulté.

On peut hésiter à prononcer le diagnostic de lupus, à cause de la très faible infiltration à ce niveau et de la difficulté d'y faire apparaître par la pression des nodules lupiques. On pourrait se demander s'il ne s'agit pas d'éléments de tuberculides. Comme nous le disons plus loin, d'autres éléments analogues existent sur les bras, mais ils sont plus nettement infiltrés à la palpation. Dès à présent nous devons faire ressortir le contraste marqué qui existe entre les altérations du membre supérieur et celles du membre inférieur gauche, au point de vue des lésions des vaisseaux lymphatiques.

A la paume de la main gauche, existe depuis 20 ans une rétraction partielle de l'aponévrose palmaire, surtout marquée au niveau de l'annulaire, dont l'extension complète est impossible.

Interrogeant le malade sur ses antécédents, nous apprenons qu'il est d'une très bonne santé habituelle.

Il aurait eu la gale à 22 ans; à 38 ans, un ictère survenu, dit-il, à la suite d'une vive émotion. Il n'est pas buveur et n'a jamais eu de maladie vénérienne. On ne retrouve d'ailleurs chez lui aucun stigmate de syphilis ancienne ou récente. Marié à une femme bien portante, il a eu trois garçons très vigoureux. Lui-même est le plus jeune de sept enfants, dont deux sont morts vers 30 ans, il ne sait de quelle maladie. Ses parents sont morts très âgés. Il n'a jamais entendu parler de maladie de peau, ni de tuberculose dans sa famille. Robuste pour son âge, il ne tousse pas, n'a pas maigri, a bon appétit. Cependant l'auscultation des poumons révèle une respiration un peu soufflante au sommet gauche, et quelques frottements pleuraux au sommet droit en arrière. Le deuxième bruit aortique est légèrement clangoreux; le pouls est à 100. Légers signes de néphrite interstitielle; un peu de pollakiurie nocturne notamment. Pas de sucre, ni d'albumine dans les urines; par l'acide azotique, on obtient le cercle rose de l'urohématine.

Sang: légère leucocytose (G. B.: 21 000), portant surtout sur les polynucléaires; nombreux amas hématoblastiques.

Le séro-pus des ulcérations est très pauvre en microbes: on y trouve quelques cocci, mais pas de bacilles; la méthode de Ziehl ne permet pas d'y déceler le bacille de Koch.

Dès le lendemain de l'entrée du malade à l'hôpital le traitement est institué : on désinfecte d'abord les surfaces suintantes à l'aide de pansements humides, avec la solution d'alun à 4 p. 100. Plus tard, nous cherchons à détruire les lésions par le galvano-cautère. Chaque nodule ouvert et cautérisé devient aussitôt le siège d'un écoulement séreux très abondant, qui persiste pendant trois ou quatre jours ; un liquide jaunâtre, parfaitement clair et transparent, traverse le pansement, inondant véritablement le lit du malade. Recueilli dans un tube, ce liquide se coagule spontanément en quelques minutes ; il est pauvre en éléments figurés ; le microscope y révèle de rares globules rouges et quelques leucocytes ; il a en somme les caractères de la lymphe.

Il paraît évident que les nodules et les ampoules sont autant de cavités lymphatiques distendues, dont l'ouverture par le galvano-cautère provoque l'apparition d'une abondante lymphorrhagie.

Malgré les soins qui lui furent donnés, le malade, pendant les deux premières semaines qui suivirent son entrée, eut une poussée aiguë de lymphangite qui gagna la jambe et la cuisse. Il fut obligé de garder le lit, et il était à la fois très pâle et très affaibli. Autour des orteils la sérosité se concrétait sous forme de croûtes très adhérentes. L'état général et l'état local s'améliorèrent lorsque la poussée aiguë de lymphangite fut calmée ; le malade put venir alors au laboratoire pour y subir les cautérisations nécessaires ; à ce moment, la lymphorrhée était très accusée ; en quelques instants, le parquet était inondé autour du pied malade.

Après six semaines de traitement, le malade sort de l'hôpital, très amélioré localement : les ulcérations sont presque complètement cicatrisées, de nombreux nodules ont été détruits, les ampoules lymphatiques ont disparu pour la plupart ; les lymphorrhagies sont moins abondantes et moins persistantes après les cautérisations.

Depuis sa sortie de l'hôpital, le malade revient chaque semaine pour une séance de galvano-cautérisation. On lui recommande de comprimer avec soin son pied et sa jambe, à l'aide d'un bandage roulé.

Mais, sous l'influence de la marche et de la fatigue probablement, l'amélioration obtenue au début a subi un temps d'arrêt ; de nouvelles poussées nodulaires sont même apparues, les unes dans la région du cou-de-pied, d'autres à la face dorsale des orteils, où elles ont abouti à quelques ulcérations ; à la face plantaire aussi, longtemps respectée, où l'on peut voir des nodules dans le sillon qui sépare les orteils de la plante du pied. Les téguments restent épaissis et infiltrés ; des croûtelles nombreuses marquent le siège des nodules cautérisés et en voie de guérison.

La lymphorrhagie est de nouveau abondante après chaque séance.

Les membres supérieurs sont le siège de petits placards et de nodules disséminés, qui avaient passé inaperçus dans les examens antérieurs et qui présentent à peu près les mêmes caractères que les lésions de la main gauche, mais toutefois avec une infiltration plus nette de la peau.

A la région antéro-interne du poignet gauche, à 4 centimètres au-dessus de l'interligne, petit groupe de nodules violacés. A la région postéro-interne de l'avant-bras gauche, trois ou quatre petits nodules isolés. A la face postéro-interne du bras gauche, quelques nodules disséminés. Petits ganglions dans l'aisselle gauche.

Au poignet droit : petit groupe nodulaire, en haut et en dedans de la tabatière anatomique. A la face antérieure de l'avant-bras droit : placard très net, de l'étendue d'une pièce de 2 francs, à cinq travers de doigt au-dessous du pli du coude. A la face postéro-interne du bras droit : groupe de nodules jaunâtres, saillants et mous. Pas de ganglions dans l'aisselle droite.

Toutes ces lésions étaient ignorées du malade et nous ne les avons pas remarquées lors de notre premier examen, c'est dire qu'elles ne sont ni prurigineuses, ni douloureuses, et qu'elles demandent à être recherchées. Notons en passant qu'elles semblent distribuées surtout sur le trajet des lymphatiques ; nous nous sommes assurés cependant, à l'aide du galvanocautère, qu'elles ne correspondaient nullement à des lymphangiectasies et ne devenaient pas le siège de lymphorragies.

* *

En résumé, notre malade présente des lésions chroniques disséminées de la peau qui sont cliniquement de nature tuberculeuse ; mais, au niveau du pied gauche, les lésions lupiques initiales semblent avoir été le point de départ d'une lymphangite tuberculeuse, caractérisée essentiellement par l'angiectasie et la lymphorragie.

Nous croyons donc notre malade atteint de cette forme très rare de *lymphangite tuberculeuse*, dite *forme angiectasique*, décrite pour la première fois en 1890 par MM. Hallopeau et Goupil (1), puis par Goupil (2), qui, dans sa thèse, en rapporte cinq observations qui présentent de nombreuses analogies avec la nôtre : deux de Lailler, une de Monod, une de Thielesen et celle de M. Hallopeau. Il assimile aussi à cette forme plusieurs moulages anciens de varices lymphatiques (Guibout, Lailler, Besnier, nos 281, 358, 396 du musée Saint-Louis), très semblables au moulage du malade de MM. Hallopeau et Goupil (n° 1519 du musée Saint-Louis) et aussi un dessin du fonds Bazin (n° 25). Peut-être faut-il en rapprocher encore une observation de M. Danlos (3), concernant un *lupus éléphantiasique* ; l'examen anatomique a montré qu'il s'agissait, dans ce cas, de tuberculose éléphantiasique et lymphomateuse, avec dilatation des lacunes lymphatiques.

Dans notre cas cette forme angiectasique de la lymphangite tuberculeuse se caractérise essentiellement par une *induration cutanée en nappe du pied et du cou-de-pied, par de petits lupus nodulaires irrégulièrement distribués sur le trajet des lymphatiques, par la présence*

(1) HALLOPEAU et GOUPIL. *Bull. Soc. Dermat. et Syphil.*, 10 juillet et 13 décembre 1890, et *Annales de Dermat. et Syphil.*, 1890.

(2) GOUPIL. De la lymphangite tuberculeuse et particulièrement de sa forme angiectasique. *Th.* Paris, 1892.

(3) DANLOS. *Bull. Soc. de Dermat. et Syphil.*, mai 1902.

d'ampoules réductibles nombreuses et la production de *lymphorrhagies*. Elle est donc bien distincte de la forme classique, tronculonoueuse, de la lymphangite tuberculeuse.

C'est la lymphorrhagie, si abondante chez notre malade, qui donne à l'affection sa caractéristique la plus frappante.

Dans la plupart des cas relevés par Goupil, la lymphangite était consécutive à des altérations osseuses. Chez notre malade, os et articulations du pied paraissent sains; mais n'oublions pas qu'il était porteur depuis plusieurs années d'un petit *lupus* du pied; sous une influence que nous n'avons pu déterminer, ce *lupus* a dû être le point de départ de l'invasion des lymphatiques et des lésions lymphangiectasiques qui en ont été la conséquence.

Le pronostic doit être réservé, en raison des progrès accomplis par la maladie depuis trois ans et de la tendance manifeste qu'a le malade à faire des poussées nouvelles, soit au niveau du pied, soit au niveau des membres supérieurs; de plus, les sommets sont suspects, et nous ne devons pas oublier que deux fois sur cinq, dans les observations de Goupil, l'affection a eu une terminaison fatale.

Nous croyons cependant, étant donné le bon état général du malade, que le galvano-cautère pourra encore arrêter et faire rétro-céder les lésions. La galvano-cautérisation reste le procédé de choix dans ces cas où les nodules sont disséminés sur une grande surface qui s'oppose à une ablation chirurgicale plus radicale.

Érythème iodique tardif.

Par M. MORV.

J'ai l'honneur de vous représenter le malade dont vous avez pu voir les lésions encore en activité à notre séance du 3 mai dernier. Ainsi qu'on pouvait l'espérer, elles ont disparu spontanément après avoir pris nettement la forme du *pityriasis herpétique* chronique de Bazin.

J'ai constaté moi-même cette évolution; la desquamation était très abondante vers le 20 mai, aux membres inférieurs surtout; elle s'est atténuée progressivement à partir de cette époque et la guérison était à peu près complète le 22 juin. Cette évolution, rapprochée de ce fait que mon malade ne paraissait présenter aucune prédisposition aux érythèmes, démontre d'une manière presque certaine la nature iodique de son éruption, bien que celle-ci n'ait débuté que trois jours après la suppression brusque de l'iodure de potassium porté progressivement jusqu'à la dose quotidienne de 12 grammes.

Tuberculose cutanée. Extirpation, greffe italienne.

Par M. MORESTIN.

La plupart des tuberculoses cutanées peuvent être traitées avantageusement par l'extirpation au bistouri. Entre autres exemples de

guérison rapide et satisfaisante, je citerai celui du petit garçon que je vous présente :

Lucien Lartig.... Agé de sept ans, entre le 28 avril 1906 à l'hôpital Saint-Louis, service temporaire d'enfants. C'est un enfant assez chétif, dont le père est mort récemment de tuberculose pulmonaire et dont la mère parait être aussi tuberculeuse. Lui, Lucien, ne tousse pas, ne présente aucune altération viscérale. Il est porteur de lésions ulcéreuses dont l'une occupe la partie antérieure de la cuisse gauche dans le voisinage du genou, une autre la face interne du bras gauche tout près de l'épitrachlée, et la troisième, la plus importante, la partie supérieure de l'avant-bras, toujours du côté gauche. La localisation antibrachiale est la première en date. Au dire de la mère, depuis trois ou quatre ans on aurait observé dans cette région des placards rouges apparaissant de temps à autre et régressant avec lenteur pour disparaître spontanément. Quoi qu'il en soit de ce renseignement, c'est vers le milieu de 1903 que la peau s'ulcéra à la partie supéro-externe de l'avant bras. Peu après survint un abcès au-dessus du coude, abcès qui s'ouvrit et devint le point de départ de l'ulcération qui occupe aujourd'hui la face interne du bras. Plus récemment enfin s'est établie la lésion dont nous avons signalé l'existence à la face antérieure de la cuisse, dans le voisinage du genou. Au mois de janvier 1906, l'enfant a subi dans un des services de Saint-Louis un traitement mercuriel (frictions et application d'emplâtre de Vigo) qui a semblé produire une amélioration; mais celle-ci ne s'est pas maintenue; les plaies ont recommencé à s'étendre et depuis n'ont pas cessé de s'agrandir.

Au moment de mon examen, le 28 avril, l'ulcération de la cuisse est, pour ses dimensions, comparable à une pièce de cinquante centimes, mais cette ulcération n'est pas toute la lésion; elle est entourée d'une auréole rouge relativement large, interrompue par deux surfaces cicatricielles. L'ulcère est fongueux, inégalement creusé, à bords décollés et suppure assez abondamment.

La lésion sus-épitrachléaire est plus profondément excavée, mais présente des caractères analogues, surtout en ce qui concerne l'aspect fongueux des parois de l'excavation et la suppuration abondante. Elle est entourée d'une zone rouge d'un centimètre environ. L'ulcère et la peau avoisinante adhèrent aux plans profonds.

Quant à la lésion de l'avant-bras, elle est formée d'une plaque rouge irrégulièrement ovale présentant 8 centimètres sur 6; plaque portant trois ulcérations principales des dimensions d'une pièce de cinquante centimes, et d'autres plus petites, présentant le même aspect que nous avons signalé pour l'ulcération de la cuisse: disposition circulaire, bord décollé, fongosités couvrant le fond, suppuration, indolence. La plaque dans sa totalité est mobile sur les parties sous-jacentes.

Le diagnostic était aisé, il s'agissait de tuberculose cutanée à forme ulcéreuse. Les localisations crurale et antibrachiale étaient purement cutanées; celle du bras était secondaire à une adénite suppurée épitrachléaire, elle-même consécutive à la tuberculose ulcéreuse de l'avant-bras. L'indication me parut être d'extirper ces divers foyers, ce que je fis le 4 mai dernier. La plaque crurale fut

exisée tout d'abord, et la perte de substance, grande comme une pièce de 5 francs environ, put être réunie directement, après *décollement* des bords de la plaie.

L'affrontement fut obtenu avec un peu de peine, en plaçant le membre dans l'extension complète.

L'extirpation du foyer brachial fut plus délicate, mais la réunion se fit par contre très aisément, selon une ligne verticale.

La plaque de l'avant-bras fut à son tour cernée, disséquée et extirpée. Mais la perte de substance laissée par son ablation ne pouvait être comblée par le rapprochement des bords, il s'en fallait de beaucoup. Je prélevai alors sur la paroi thoraco-abdominale, à gauche de la ligne médiane, un lambeau de dimensions appropriées; lambeau à pédicule inférieur, dont le contour fut suturé aux lèvres de la plaie.

Le pédicule de ce lambeau a été sectionné le 22 mai. Un peu plus tard j'ai procédé à la mise au point de la greffe. J'en ai sacrifié un léger excédent, puis soigneusement affronté la tranche de section à la partie correspondante de la peau de l'avant-bras, de manière à obtenir une surface partout lisse et de niveau avec les téguments environnants. En même temps ce qui restait de la plaie d'emprunt a été comblé par rapprochement des bords préalablement libérés et décollés. Quant aux plaies de la cuisse et du bras, elles étaient depuis longtemps cicatrisées, s'étant réunies par première intention.

Je mets sous vos yeux le résultat obtenu qui est réellement très satisfaisant.

La *greffe italienne* constitue une ressource extrêmement précieuse dans les pertes de substance chirurgicales des téguments du membre supérieur. Il est relativement facile de prélever sur la partie antérieure du thorax ou de l'abdomen des quantités de peau considérables, ce qui permet de sortir aisément d'embarras dans les cas analogues à celui-ci.

Il suffit de quelques précautions simples pour que le succès soit assuré. Il est inutile de compliquer la technique, et en ce qui concerne particulièrement l'appareil destiné à maintenir le membre au contact du tronc, je me suis toujours contenté de bandes de toile, de flanelle, ou de crêpe.

Tout au plus pourrait-on, à mon sens, y ajouter une bande de sparadrap, des tubes élastiques par-dessus le bandage. L'immobilisation absolue n'est aucunement nécessaire; le seul point important est d'éviter toute traction prolongée sur le pédicule ou les sutures.

Les enfants supportent encore mieux que les adultes les attitudes que nécessite l'emploi de la greffe italienne.

Chez eux enfin les résultats dépassent même ceux que la méthode donne chez l'adulte.

Deux cas de cancer étendu de la langue sans récidive une année après l'ablation chirurgicale.

Par M. MORESTIN.

Opérer les cancers de la langue est une tâche assez ingrate. Les interventions sont graves, pénibles dans leurs suites, qui exigent des soins minutieux et une attention continuelle; or trop souvent nos efforts restent complètement stériles; la récidive survient et emporte au bout de quelques mois le malheureux qui a échappé aux périls de l'opération. Mais ce pronostic est appelé à devenir moins sombre si l'on a soin de pratiquer systématiquement l'éradication des territoires lymphatiques menacés, et d'autre part l'ablation excessivement large des tissus suspects, même et surtout dans les cas observés à une période voisine de leur début.

J'ai insisté depuis longtemps sur ces points, notamment dans un Élémoire communiqué au Congrès de Chirurgie en octobre 1901, mémoire où j'ai exposé une technique que j'ai désignée sous le nom de procédé *anatomique*.

Même dans des cas très étendus, en apparence détestables, on peut obtenir parfois des résultats assez consolants. Ainsi j'ai retrouvé récemment deux malades que j'ai opérés l'an dernier à peu près à la même époque et dans des conditions analogues. Ils sont restés bien guéris depuis une année et je vous les présente tous deux.

Voici leur histoire :

Pierre Long..., employé dans une compagnie de chemins de fer, 49 ans, entre le 13 juin 1903 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Velpeau, pour une tumeur ulcérée du côté droit de la langue. L... a eu la syphilis, il y a 27 ans, il a été grand fumeur. — Au mois de mars 1903 il éprouve de la gêne dans la déglutition et consulte son médecin qui constate une lésion de la base de la langue. En raison des antécédents du sujet, un traitement mercuriel est institué, sans résultat utile. Tout au contraire, le malade souffre et de plus en plus, tourmenté surtout par une otalgie très cruelle, nocturne principalement. Il s'alimente difficilement et ne peut avaler que des liquides.

La moitié droite de la langue dans sa partie postérieure est occupée par une masse dure, mal limitée, légèrement douloureuse à la pression. Sur le bord droit de la langue et dans le sillon glosso-amygdalien, est une ulcération profonde, une longue fissure, à bords irréguliers et calleux, saignant au contact. L'infiltration s'étend sur l'amygdale et le pilier antérieur du voile.

La langue est bridée, se meut laborieusement et douloureusement.

Dans la région sous-maxillaire et la région carotidienne on sent des ganglions augmentés de volume, sans être très volumineux, mobiles, indolents.

Pas de leucoplasie buccale. A la nuque un lipome, gros comme une orange, qui existe depuis quinze ans.

Le diagnostic n'est que trop facile; mais s'il n'y a place pour aucune hésitation au sujet de la nature de la maladie, on peut se demander

si une intervention entreprise dans des circonstances aussi peu favorables serait une bonne intervention. Je ne crois pas devoir m'abstenir ; l'état général est encore satisfaisant, le sujet courageux et robuste. Torturé par des souffrances atroces, le pauvre homme réclame une opération dont il connaît la gravité. J'opère donc le 21 juin 1905. J'enlève d'un bloc ganglions carotidiens et sous-maxillaires, la branche montante et une partie de l'arc horizontal de la mâchoire, la moitié droite de la langue, l'amygdale droite, et le pilier antérieur du voile.

J'avais commencé par le temps ganglionnaire, en traçant deux incisions se rencontrant à angle droit, l'une menée le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien, l'autre dans la région sus-hyoïdienne latérale. Ce temps accompli, j'ai fendu la lèvre inférieure sur la ligne médiane, disséqué sa moitié droite, séparé la joue droite de la mâchoire, et relevé les parties molles comme un lambeau pour agir sur la mâchoire, la sectionner en avant au niveau de la première petite molaire, la luxer en arrière, et ensuite traiter la langue et toutes les parties suspectes.

Les suites ont été très bonnes, si bonnes que le malade a pu quitter l'hôpital guéri le 29 juillet. Il avait été alimenté à la sonde pendant près d'un mois, ce qui avait beaucoup contribué à la bonne évolution de la plaie.

Ce malade est aujourd'hui en excellent état. Il est plein de santé, a repris toutes ses occupations et même une vie très active. Le maxillaire s'est dévié vers la droite, il y a discordance entre les arcades dentaires, et la mastication est défectueuse. De plus, le malade bave toujours un peu. Mais, contrairement à ce que l'on aurait pu craindre, la parole reste très intelligible.

L'examen le plus minutieux ne permet pas de découvrir la moindre trace de récidive.

Charles Larch..., serrurier, 68 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, pavillons, le 14 août 1905, porteur d'un néoplasme de la langue, néoplasme déjà très étendu évoluant depuis une année au moins. C'est en effet au mois de septembre 1904 que le malade en a lui-même reconnu l'existence, et il y a tout lieu de supposer que le début véritable en est bien antérieur. Quoi qu'il en soit, l'attention de Larch... fut attirée du côté de sa gorge et de sa langue par une difficulté croissante de la déglutition et certaines sensations anormales de picotement, de chatouillement ou de lancinement. Cherchant la cause de ces inconvénients, il aperçut sur le bord gauche de la langue, très en arrière, une sorte de bouton ulcéré. Depuis, les lésions ont augmenté sans cesse ; les douleurs se sont précisées et l'état général n'a pas tardé à décliner. Actuellement surviennent plusieurs fois chaque jour de violentes irradiations douloureuses dans la langue et toute la moitié gauche de la tête, mais sans localisation spéciale à l'oreille. L'alimentation est devenue difficile, et la

mastication des aliments solides tout à fait impossible. Le sujet est fort amaigri et pâle. L'haleine est très fétide; la salivation abondante est très gênante, car le malade avale sa salive péniblement. Il n'y a jamais eu d'hémorragie.

L... ne croit pas avoir eu la syphilis, il n'en porte aucun stigmate. Il n'est pas fumeur.

L'examen complet de la lésion est rendu assez malaisé, parce que la bouche ne s'ouvre plus complètement et que la langue ne peut être projetée en avant.

On constate tout d'abord qu'il n'existe aucune trace de leucoplasie sur les lèvres, les joues, ni sur la partie antérieure de la langue.

Au premier abord la langue paraît saine. Mais en l'attirant en avant on aperçoit à gauche et en arrière, à la hauteur de la dernière molaire, le commencement d'une ulcération qui disparaît dans la profondeur vers la base de la langue et le pharynx. Toutes les dents inférieures existent et sont saines. En haut les dernières molaires sont cariées et déchaussées; mais elles ne paraissent pas susceptibles de produire aucun contact offensant pour la langue. Au toucher on reconnaît dans la moitié gauche de la langue, partie centrale et base, une masse très dure mal limitée, dans laquelle s'enfonce l'ulcération, profonde, anfractueuse et entourée elle-même d'un bourrelet dur qui fait partie de la tumeur. On ne peut dépasser en arrière avec le doigt les limites de l'ulcère ou de la tumeur. Celle-ci adhère à la face interne de la mâchoire et au plancher de la bouche.

La palpation ne permet pas de reconnaître, en dépit de la maigreur favorable du sujet, aucune adénopathie bien nette, mais seulement une sorte de léger empatement, de résistance profonde à l'union des régions sous-maxillaire et carotidienne gauches.

Le diagnostic de cancer s'impose et les conditions révélées par cet examen sont peu encourageantes. Néanmoins je crois pouvoir encore et devoir tenter l'intervention.

L'opération a lieu le 18 août 1905. Je commence par préparer les régions carotidienne et sous-maxillaire; une dissection minutieuse met à nu le sterno-mastoïdien, le digastrique, la jugulaire interne. permet de détacher en bloc tous les ganglions sous-maxillaires, la glande sous-maxillaire, les ganglions carotidiens, les lames celluluses qui les englobent et les relient. Puis la mâchoire est sciée d'une part en avant à l'union de la canine et de la première petite molaire, d'autre part en arrière perpendiculairement à la branche montante à la hauteur de l'épine de Spix. Cette dernière section est précédée de la division perpendiculaire du masséter, et suivie du pincement de la dentaire inférieure mise à nu à son entrée dans le canal dentaire.

Le ptérygoïdien interne est coupé transversalement le plus près possible de son insertion supérieure.

Le fragment mobile de la mâchoire est écarté en dehors et le plancher buccal attaqué de dehors en dedans, divisé jusqu'à la ligne

médiane. La langue est ensuite fendue d'avant en arrière, dans le plan médian, depuis sa pointe jusqu'à l'os hyoïde. Elle est donc séparée en deux moitiés dont la gauche reste adhérente à la portion sacrifiée de la mâchoire, et doit être extirpée avec elle. Mais sur la tranche de la moitié droite j'aperçois encore un petit noyau cancéreux. J'excise donc un nouveau fragment comprenant ce noyau et les parties avoisinantes. Je coupe alors l'hyo-glosse, lie la linguale, et achève de séparer la langue de l'épiglotte, de l'os hyoïde et de l'amygdale. Ligatures de la faciale, de la linguale, etc. La muqueuse pharyngée est rapprochée par trois points de suture de la partie postérieure de la muqueuse génienne. L'apponnement de la plaie à la gaze. Sutures superficielles au crin. Le malade a perdu peu de sang, mais néanmoins paraît fortement *choqué*. Il est très pâle et ne nous donne pas une impression très rassurante. Sérum, 1000 grammes.

Dans la journée une petite hémorrhagie par une artériole cutanée nécessite la levée du pansement et la pose d'une ligature. Dès le lendemain les choses s'annoncent assez bien. De fait les suites sont très satisfaisantes, régulières, apyrétiques. Pendant un mois le malade est nourri à la sonde. Peu à peu l'excavation laissée par la résection de la mâchoire et l'extirpation de la tumeur se comble.

La plaie superficielle avait été à dessein laissée ouverte dans sa partie moyenne. Elle se réduit graduellement. Un jour vient où elle est réduite à un pertuis insignifiant. Finalement la bouche ne communique plus avec l'extérieur ; cette fistule se ferme. Le malade sort guéri vers la mi-octobre.

Sa guérison se maintient. L'état général est devenu excellent. Larch... a repris bonne mine et beaucoup engraisé. Il ne souffre pas, s'alimente fort bien ; il mange du pain, mâche de la viande. La partie restante de la mâchoire a peu de tendance à se dévier vers la gauche, ce qui explique que la mastication ne soit guère troublée. La parole reste assez difficile à comprendre et le sujet bave toujours un peu.

Il est impossible à l'heure actuelle de découvrir aucun indice de repopulation de la tumeur.

Sur un état papillomateux du cuir chevelu (forme morbide nouvelle).

Par M. H. HALLEKAT.

Encore une affection dont nous n'avons pas trouvé la description dans la littérature médicale.

M. X..., âgé d'une quarantaine d'années, fait remonter à environ trois ans et demi le début de son altération du cuir chevelu ; elle a consisté dès le début, d'après son affirmation, en un groupe de saillies végétantes et prurigineuses, elle s'est progressivement agrandie et s'est accompagnée, au bout de trois à quatre mois, de la chute des cheveux dans la partie intéressée.

Deux de nos collègues, l'un de Paris, l'autre de l'étranger, consultés successivement, ont porté tous deux le diagnostic de pelade et institué un traitement. Le premier par des lotions camphrées, térébenthinées et amoniacales, le second par l'acide acétique : l'alopecie a persisté.

Actuellement, la partie malade a la forme d'un croissant; elle siège à gauche de l'occiput; son bord convexe est externe; elle mesure 8 centimètres sur 3 et demi; ses extrémités sont arrondies; sa surface est hérissée de saillies hémisphériques, dont la plupart ont approximativement le volume d'un grain de chènevis; quelques-unes sont plus petites; leur forme, le plus souvent arrondie, est parfois polygonale.

Toute cette surface est presque complètement glabre; on n'y voit qu'un très petit nombre de cheveux, les uns normaux, les autres longs de un à deux millimètres, ils ne sont ni atrophiés, ni massués. Il y a toujours du prurit.

On voit en outre, chez ce malade, des saillies lichénoides agminées dans les sillons rétro-auriculaires, aux fesses et à la cuisse gauche. Cette dernière région est, depuis trois mois, le siège d'un placard éruptif qui mesure actuellement 8 centimètres sur 6; il est formé d'élevures rondes, ovalaires ou polygonales, séparées par des sillons peu profonds; elles donnent lieu à du prurit; les poils persistent à leur niveau.

Il existe enfin, au coude gauche, une plaque squameuse péripilaire.

L'examen histologique des lésions du cuir chevelu, pratiqué par M. Sabouraud, a donné les résultats suivants :

Il s'agit d'un papillome corné avec réaction inflammatoire procédant par flots. Ceux-ci correspondent en majorité au sommet des cônes interpapillaires considérablement hypertrophiés. Ils sont constitués par des cellules conjonctives fixes et proliférées, des mononucléaires, des plasmazellen et des éosinophiles. Rien ne rappelle ici la constitution histologique des nævi; les réactions observées sont plutôt voisines de celles qui caractérisent les processus de lichénification spontanée ou provoquée par un traumatisme.

Les autres lésions sont-elles de même nature? Nous ne le pensons pas; il paraît s'agir, au moins pour celle de la cuisse et des fesses, d'un lichen simplex concomitant.

Quoi qu'il en soit, l'altération du cuir chevelu n'est pas, comme on est tenté de le croire au premier abord et comme l'ont pensé deux de nos collègues, une alopecie peladique: le début très net, d'après les assertions du malade, par les saillies végétantes et l'apparition tardive de l'alopecie, nous paraissent constituer des données décisives à cet égard. Nous ne pouvons formuler aucune interprétation relativement à la nature non plus qu'à la cause prochaine de cette singulière affection. L'hypothèse d'une affection parasitaire de nature indéterminée nous paraît cependant le plus vraisemblable, car il ne semble s'agir ni de tumeurs, ni de névrodermites, et les caractères cliniques des lésions du cuir chevelu, aussi bien que les données histologiques, les séparent nettement du lichen simplex. Ce malade n'étant pas hospitalisé, ne pourra être régulièrement suivi.

M. BROcq. — Il ne semble pas qu'il soit possible de fonder sur cette seule description l'existence d'une nouvelle forme morbide. A l'examen succinct que je viens de faire, il m'a paru que cette lésion pourrait bien être un *nævus papillomateux* du cuir chevelu.

M. HALLOPEAU. — Le début tardif non plus que le prurit et les caractères histologiques ne s'accordent avec cette hypothèse.

M. BROcq. — C'est un diagnostic à discuter, la constatation tardive du papillome ne signifie pas qu'il n'existe pas depuis beaucoup plus longtemps et qu'il n'ait pas été aperçu récemment, seulement parce qu'il s'est développé depuis peu comme il arrive souvent dans ces *nævi*.

Sur un cas de syphilis fraternele avec prolifération secondaire au pourtour des accidents primitifs.

Par MM. H. HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY.

Les transmissions familiales de la syphilis sont rares en France en voici un exemple des plus regrettables.

Albert S..., âgé de 12 ans, couché au n° 3 de la salle Bazin, a été soigné en janvier, dans notre service, pour un chancre induré péri-anal. C'est un éphèbe qui répond au type classique. En avril, il a eu des altérations buccales. Il est de nouveau atteint actuellement de lésions péri-anales, sous forme de plaques volumineuses et végétantes caractéristiques. Il n'y a pas d'autre accident.

Sa sœur, Marthe S..., âgée de 16 ans, atteinte d'une paralysie congénitale du membre inférieur, avec léger strabisme, a eu, il y a trois mois, un chancre induré de la lèvre supérieure; depuis trois semaines, il lui est survenu des ulcérations étendues des deux côtés de la langue et de la face interne des joues; il n'y a pas d'autres manifestations, si ce n'est une stomatite mercurielle dont le début remonte à deux jours.

La jeune fille buvait dans le même verre que son frère: c'est ainsi, selon toute vraisemblance, qu'elle a été contaminée.

Ces cas de contagion familiale sont des plus communs dans les campagnes russes où les habitants vivent pêle-mêle avec les soldats revenant infectés du régiment, et le mal est si généralisé qu'une ligue a été fondée sous la présidence d'une grande-duchesse pour y faire obstacle. Nous n'en sommes pas là en France, mais il y aurait lieu néanmoins d'instruire nos paysans et nos ouvriers des dangers que peut offrir l'usage d'objets communs dans une famille où se trouvent des syphilitiques. Notre observation montre que cette transmission par le verre à boire, si souvent invoquée hypothétiquement par nous pour sauvegarder la confiance du mari contaminé par sa femme ou inversement, peut bien réellement se produire.

Ces jeunes gens sont intéressants à un autre point de vue: les

manifestations secondaires sont actuellement limitées, chez le garçon, qui a eu un chancre anal, au pourtour de l'anus, et, chez la jeune fille, qui a eu un chancre labial, à la cavité buccale. N'est-il pas vraisemblable que, dans les deux cas, des tréponemas émanés directement de l'accident primitif se sont transmis à son voisinage et, après avoir évolué, y ont donné lieu à des manifestations secondaires? ce sont, suivant nous, de nouveaux cas de proliférations locales.

**Sur l'atténuation de la virulence du bacille de Koch
chez les lupiques.**

Par MM. H. HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY.

Dans la dernière séance, M. Darier a contesté cette atténuation; il a invoqué les faits dans lesquels des inoculations au cobaye de tissu lupique ont donné lieu à des infections aiguës généralisées. Straus croyait de même qu'il y avait, dans le lupus, rareté des bacilles, mais non diminution de leur action nocive.

La clinique se trouve ici en désaccord apparent avec l'expérimentation. Les tuberculoses pulmonaires que l'on observe chez les lupiques sont en général remarquables par leur bénignité; les résultats de l'enquête à laquelle nous venons de nous livrer à cet égard dans notre service sont significatifs. Sur 16 adultes atteints de lupus, 9 présentent des altérations pulmonaires; et, dans huit de ces cas, il s'agit d'altérations légères, au premier degré; seul, le numéro 24 de la salle Lugol a des lésions du second degré, mais elles remontent à une date éloignée; il y a 15 ans que cette femme a subi une trachéotomie pour une tuberculose du larynx et sa santé générale n'est que médiocrement ébranlée. La virulence de ces tuberculoses viscérales de nos lupiques doit donc être considérée comme atténuée.

Il serait utile de renouveler les expériences d'inoculation et rechercher, pour celles qui ont été faites, dans quelles conditions le produit infectieux a été recueilli; il y a des tuberculoses cutanées, celles qui se développent au pourtour de la bouche et de l'anus, qui diffèrent du lupus et sont riches en bacilles très virulents: ne seraient-ce pas des produits de cette nature qui ont donné lieu à des infections généralisées?

**Sur une arthropathie psoriasique aiguë blennorrhagiforme
(variété nouvelle).**

Par MM. H. HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY.

Il est une forme devenue classique, depuis Besnier, d'arthropathie psoriasique: c'est l'arthrite noueuse déformante dont est atteint

l'un des malades que nous avons l'honneur de présenter; nous ne le montrons que comme contraste avec cet autre psoriasique chez lequel les manifestations articulaires et périarticulaires rappellent, à s'y méprendre celles de la blennorrhagie; son histoire peut être résumée ainsi qu'il suit :

Le malade entre à l'hôpital pour une poussée généralisée de psoriasis. La première atteinte a commencé, par le genou, à l'âge de vingt ans, puis s'est généralisée ensuite. Le malade a de nouvelles manifestations à peu près tous les ans.

Quatre jours après son entrée, il se plaint de douleurs vives dans la main gauche. C'est la première fois qu'il a des douleurs articulaires; il n'a jamais eu de rhumatisme. La main est œdématisée, douloureuse au toucher et spontanément; les mouvements des doigts sont pénibles. La douleur semble siéger surtout sur le dos de la main, au niveau de la gaine des extenseurs. La peau, surtout la face dorsale, est uniformément chaude, rouge et tendue. L'aspect clinique est, à s'y méprendre, celui d'une arthrite blennorrhagique, mais le malade n'a eu la chaudepisse qu'il y a cinq ans et elle a guéri sans laisser de traces; actuellement, examiné à plusieurs reprises, l'urèthre est sec et n'offre pas le moindre suintement; il n'y a pas de taches sur la chemise; il n'y a pas de filaments dans l'urine. Il ne s'agit donc pas d'une arthrite blennorrhagique.

Malgré un traitement interne par le salicylate de soude, à la dose quotidienne de 6 grammes, et local par le salicylate de méthyle avec enveloppement ouaté et immobilisation, la poussée articulaire augmente rapidement et atteint successivement tous les doigts qu'elle empêche de se mouvoir. La douleur, très vive, provoque de l'insomnie; elle siège principalement sur le dos de la main, où l'œdème est considérable; les doigts sont considérablement tuméfiés, surtout l'index et le médius, au niveau de leur première articulation phalangienne; ils sont en extension, incapables de se mouvoir; l'articulation radio-carpienne est également douloureuse, de même que l'articulation radio-cubitale inférieure et leurs mouvements sont très pénibles.

L'épaule droite est depuis quelques jours également douloureuse.

Il y a de l'insomnie, un peu d'anorexie; l'état général reste bon; il n'y a pas de fièvre; les urines ne contiennent pas d'albumine; il n'y a rien d'anormal au cœur.

Les choses restent ainsi en l'état, et tandis que le psoriasis s'améliore, au bout d'une quinzaine de jours, la douleur diminue un peu d'intensité, tout en restant très vive, et gardant les mêmes localisations. La douleur de l'épaule droite a tout à fait disparu.

Le salicylate est supprimé et remplacé par l'antipyrine sans résultat appréciable. Actuellement, il persiste de l'œdème de toute la face dorsale de la main et des doigts au niveau des interlignes articulaires. C'est là que siège toujours le maximum de la douleur. Les doigts sont toujours dans l'extension; la main est immobile sur le poignet; il existe enfin une atrophie musculaire notable de tout le groupe de l'avant-bras. L'arthropathie semble encore être dans sa période aiguë, bien que la rougeur et la tension des téguments se soient notablement atténuées.

En résumé, inflammation articulaire et périarticulaire identique dans ses caractères cliniques à celle que l'on décrit comme spéciale à la blennorrhagie, sans que l'on puisse découvrir trace de cette affection.

S'agirait-il d'une simple coïncidence? d'une poussée aiguë de rhumatisme ~~survenant~~ accidentellement chez un psoriasique? Nous ne le pensons pas : cette affection a des caractères trop spéciaux, trop différents de ceux des rhumatismes articulaires aigus pour que cette hypothèse soit admissible.

On doit à notre collègue M. Gaucher d'avoir établi que l'arthropathie subaiguë des psoriasiques ne diffère pas objectivement de l'arthrite noueuse déformante; il est impossible en effet de trouver une différenciation clinique entre ces deux ordres d'altérations; l'un de nous a fait personnellement une enquête à ce sujet dans les services de la Salpêtrière et de Bicêtre, avec l'idée préconçue d'arriver à une séparation entre ces arthropathies et celles des psoriasiques, et il n'y est pas parvenu. Faut-il en conclure nécessairement à une identité de nature? On doit bien se rendre compte que, pour ces manifestations profondes, notre observation reste nécessairement moins complète que pour une dermatose : supposez, pour un instant, que les synoviales deviennent le siège d'altérations comparables à celles des syphilides squameuses et à celles du psoriasis : la clinique pourrait-elle les distinguer? on est donc en droit de supposer que des altérations d'origine différente peuvent donner lieu à des arthropathies chroniques de même apparence clinique. Cette considération est applicable à l'arthropathie aiguë blennorrhagiforme. Sans doute, un examen anatomo-pathologique et histologique minutieux arriverait à la découverte de lésions différentes. Nous sommes guidés dans cette interprétation par cette loi que l'un de nous a formulée en 1904 au Congrès des sciences naturelles qui avait lieu à Breslau : *toute affection reconnaît sa cause spécifique et toute cause spécifique donne lieu à des réactions qui lui appartiennent en propre.*

Notre communication établit l'existence d'une nouvelle complication aiguë du psoriasis, l'arthropathie blennorrhagiforme ; il est probable que chez ce malade l'agent pathogène commun au psoriasis et aux arthropathies a présenté une puissance exceptionnelle d'activité morbifique.

Nouvelle poussée de nodules érythémateux chez une lépreuse.

PAR MM. H. HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY.

Cette malade, couchée au 27 de la salle Bazin, a été présentée par l'un de nous et M. Granchamp, en mai et en juin 1903, à la Société. Nous avons insisté sur les différences qui séparaient ses éruptions érythémateuses

nodulaires de l'érythème noueux et nous avons été conduits à admettre qu'il s'agissait de toxi-léprides. Depuis lors, à plusieurs reprises, des poussées très analogues se sont renouvelées chez cette jeune fille; la dernière a présenté des localisations qui sont venues confirmer nettement notre diagnostic de léprides: en effet, les nodosités érythémateuses ou sous-cutanées se sont échelonnées sur le trajet des lymphatiques, comme le font des gommes tuberculeuses ascendantes; l'on peut sentir encore nettement aujourd'hui des indurations profondes, qui sont, à la partie interne de la cuisse gauche, le reliquat lymphangitique de cette manifestation.

La malade continue d'ailleurs à présenter des signes incontestables de lèpre, en particulier l'épaississement des nerfs cubitiaux et des zones d'anesthésie.

L'éruption ne peut plus être considérée cette fois comme purement toxinique puisqu'elle a été échelonnée sur le trajet des lymphatiques; on ne doit pas s'étonner que les toxines donnent lieu à des réactions identiques lorsqu'elles émanent directement des foyers bacillaires et lorsqu'elles s'en émancipent pour être transportées par voie circulatoire dans des régions plus ou moins éloignées.

M. JEANSELME. — Cette jeune fille, de race blanche, a été contaminée en Nouvelle-Calédonie. Le mode suivant lequel la lèpre se propage dans cette colonie me parait en opposition avec une théorie soutenue récemment, celle de la dissémination par les moustiques.

Il y a parmi la population pénitencière, deux catégories distinctes: 1° Les condamnés aux travaux forcés en cours de peine ou libérés, au nombre de 10304 d'après le recensement publié par M. Auché (*Arch. de Méd. navale*, 1899); — 2° Les relégués, hommes et femmes, au nombre de 4095.

Or, la statistique de M. Auché montre que 73 individus de la première catégorie sont devenus lépreux, tandis que pas un seul des relégués n'a été contaminé. D'après une statistique plus récente, établie sur ma demande par M. le Gouverneur Picanon (2 juin 1904), le nombre des condamnés ou libérés atteints de lèpre était de 60 et celui des relégués de 5 seulement.

M. MORY. — Pour donner toute sa valeur au fait si intéressant signalé par M. Jeanselme, je voudrais lui demander s'il y a des Canaques lépreux dans l'ilot des relégués et quelle est la distance de cet ilot aux terres les plus voisines.

M. JEANSELME. — Les relégués collectifs sont enfermés, pour la plupart, à l'île des Pins et à l'ilot Brun, quelques-uns à la presqu'île Ducos; ils ne peuvent avoir aucun rapport avec les indigènes. Les relégués individuels sont presque tous employés à Nouméa et par conséquent ils ne sont guère en contact avec les Canaques. Quant aux condamnés ou libérés, ils séjournent dans diverses régions de la Grande-Terre qui sont des foyers de lèpre. Je ne pense donc pas que les moustiques soient les vecteurs de la lèpre. Du reste, mes recherches sur des moustiques recueillis dans des villages de lépreux, en Indo-Chine, ont été complètement négatives.

M. DARIER. — Cette contagiosité existe-t-elle à Paris? Nous ne posons la question que pour cette ville et nous rappelons qu'elle fut l'occasion d'un précédent débat de la Société. Faut-il séparer les époux quand l'un d'eux est seul atteint? Nous rappelons que la réponse de la Société avait été autrefois négative.

M. JEANSELME. — Je ne crois pas davantage que dans les conditions climatiques de Paris, il faille recourir à ce moyen prophylactique.

M. HALLOPEAU. — Je ne puis, à mon regret, considérer comme démonstrative l'argumentation de M. Jeanselme en ce qui concerne le rôle des moustiques dans la propagation de la lèpre. Je ne vois en effet aucune autre interprétation possible du contraste qui existe à cet égard entre nos contrées et les pays à lèpre : ni la température, ni la race, ni le voisinage de la mer, n'établissent entre eux une différenciation ; seule, la présence dans ces pays de moustiques mieux armés que les nôtres nous donne une explication suffisante de ces faits.

Sur un mycosis fongique à forme ulcéreuse et serpiginieuse.

Par MM. GAUCHER et HALLOPEAU.

Il s'agit d'une variété tout à fait anormale de cette maladie, car c'est seulement après cinq mois d'observation et d'études minutieuses que nous avons pu en formuler le diagnostic. Nous résumerons ainsi qu'il suit cette histoire clinique.

Observation recueillie par M. Macé de Lépinay, interne du service.

Le malade entre à l'hôpital pour une vaste ulcération de la cuisse droite.

Depuis l'âge de 44 ans, il est atteint d'une éruption prurigineuse, caractérisée par des boutons papuleux, lenticulaires, surmontés d'une pustulette ; sur chacun de ces éléments, il se forme une croûte blanchâtre, que le malade gratte et enlève généralement à cause du prurit ; il en résulte de petites pertes de substance qui se cicatrisent bientôt, laissant des placards hyperpigmentés, en nappes disséminées sur tout le corps.

Partout, il existe un prurit intense, empêchant souvent le sommeil. Les membres inférieurs, surtout le droit, sont le siège de secousses spasmodiques des plus pénibles.

Dans les antécédents du malade, nous ne pouvons noter qu'une atteinte de rhumatisme articulaire et un long séjour aux colonies. Il n'y a pas de signes de syphilis ; le malade nie absolument avoir eu cette maladie.

Les accidents actuels ont débuté il y a 14 mois.

Simultanément, à la partie supéro-externe de la cuisse gauche, et à la partie antérieure de la cuisse droite, le malade observa de petites ulcérations qui s'étendirent peu à peu. A gauche, traitée par une poudre antiseptique, la lésion se cicatrissa bientôt ; elle a laissé, au-devant du grand trochanter, une cicatrice brunâtre, où l'épiderme est gaufré ; elle mesure environ 15 centimètres sur 10. A droite, au contraire, l'ulcération devint serpiginieuse, et amena le malade à entrer dans le service de

M. Gaucher, où il resta trois mois. Après avoir occupé la partie antérieure et supérieure de la cuisse, elle se cicatrisa à sa partie supérieure, mais s'étendit par sa partie inférieure et interne. On pensa à une ulcération de nature tuberculeuse : l'inoculation faite au cobaye donna des résultats négatifs ; on ne trouva pas dans son tissu de bacilles de Koch et l'examen histologique fut contraire à cette hypothèse. Pensant à la syphilis, on fit au malade 33 frictions mercurielles, puis 23 injections de benzoate de Hg., qui restèrent sans résultat. On lui donna sans succès de l'arsenic, et on fit un pansement local avec de la poudre de chlorate de soude.

Après 3 mois de séjour à l'hôpital, le malade rentra chez lui où il resta 3 semaines, appliquant de la pommade au calomel sur sa plaie ; il vit celle-ci se cicatriser en partie. En effet, à 3 travers de doigt au-dessous de l'aîne, on voit une cicatrice gaufrée, de 4 centimètres de haut sur 13 millimètres de largeur, correspondant à la partie initiale de l'ulcération. Mais celle-ci continuait à s'étendre par sa partie inférieure, et le malade se décida à revenir à l'hôpital.

Lorsqu'il entra, le 10 mai, dans la salle Bazin, l'ulcération, large comme la paume de la main, occupait la partie antéro-interne du tiers moyen de la cuisse. Son contour était serpigineux, son fond rose vif, bourgeonnant ; les bords n'en étaient pas saillants ; elle était plutôt affaissée.

On fit au malade des frictions mercurielles quotidiennes ; on lui donna intérieurement de l'iodure de potassium, et localement on fit des pansements au sublimé au $\frac{1}{5000}$. Pendant ce traitement, l'ulcération se cicatrisa à sa partie la plus élevée, mais gagna en bas et en dedans, descendant obliquement vers la partie interne de la cuisse jusqu'au-dessus du genou, puis remontant en haut et en dehors et venant rejoindre par un parcours circulaire son point de départ au-dessous de la région inguinale.

Il y a un mois, on observa au niveau de la face antérieure et interne du genou une nouvelle ulcération qui, d'abord très petite, augmenta peu à peu, prit les dimensions d'une pièce de 50 centimes, puis d'un franc, de 2 francs, de 5 francs, en même temps que ses bords s'élevaient, formant un relief accentué. Une deuxième ulcération, de même aspect, se produisit en dedans de la précédente. Enfin, l'ulcération initiale, gagnant le bord interne de la cuisse, passa à la face postérieure de celle-ci, et prit bien vite de grandes dimensions.

Le traitement mercuriel restant sans effet, a été suspendu il y a 10 jours. Divers pansements, des cautérisations au nitrate d'argent, des pulvérisations phéniquées ont été faites sans résultat ; les 3 ulcérations nouvelles augmentaient rapidement, et étaient le siège d'un prurit des plus pénibles. L'ulcération primitive diminuait au contraire rapidement.

L'état général du malade restait assez satisfaisant, mais on observait une amyotrophie rapide de tout le groupe musculaire de la cuisse et de la jambe.

Actuellement, deux mois environ après l'entrée du malade dans le service, voici ce qu'on observe :

On voit les différentes cicatrices précédemment signalées.

Il ne reste des pertes de substance primitives que trois ulcérations assez

petites, situées à la partie externe de la première, des dimensions d'une pièce de 1 franc, bourgeonnantes, rosées, planes.

Mais ce sont surtout les ulcérations énormes du genou qui attirent l'attention.

Il y en a deux ; celle qui est la plus externe est aussi la plus considérable. Elle mesure 8 centimètres de hauteur sur 9 de largeur ; elle est à peu près circulaire. Ulcérée dans toute son étendue, recouverte de bourgeons charnus, de couleur rouge, elle est entourée par un rebord saillant, de 1 centimètre de diamètre, rouge, nettement découpée à sa partie interne, tendant à se renverser en dehors comme un bourrelet. Toute l'ulcération semble ainsi surélevée, projetée au-dessus des parties voisines.

L'ulcération voisine, située en dedans de la précédente, est moins considérable. Elle mesure 6 centimètres de diamètre transversal sur 5 centimètres de haut ; présentant une petite dépression à sa partie postéro-interne, elle offre ainsi l'aspect réniforme. Elle est tout à fait comparable à la précédente, et possède comme elle un rebord saillant.

Il existe enfin à la partie postérieure de la cuisse une 3^{ème} ulcération, également très considérable. Elle mesure environ 16 centimètres dans le sens longitudinal sur 6 centimètres de largeur. Comme les précédentes, mais à un degré moindre, elle présente des rebords saillants et renversés.

Notons enfin qu'au niveau du triangle de Scarpa on trouve des ganglions durs, gros comme des amandes.

M. Gastou fait, le 4 juillet, une biopsie, en prenant un fragment du rebord saillant de la plus grande ulcération du genou ; elle fournit les indications suivantes.

NOTE HISTOLOGIQUE sur X..., malade du service de M. le Dr Hallopeau, par M. Gastou.

La coupe entière est constituée par un tissu réticulé à larges mailles par places, à mailles plus étroites en d'autres points.

Dans ces mailles existent uniquement des cellules lymphoïdes très abondantes et tassées.

On n'y rencontre pas d'autres éléments cellulaires. Les vaisseaux sont dilatés, entourés d'une paroi très nette, mais sans altérations notables. Ils sont peu nombreux.

L'ensemble des coupes rappelle le tissu d'un ganglion lymphatique. Il n'y a pas de cellules géantes, ni d'éléments épithéliaux.

En résumé, depuis l'âge de onze ans, ce malade est atteint d'éruptions papuleuses, le plus souvent isolées, parfois agminées, qui s'accompagnent d'un prurit intense, donnent lieu à de petites suppurations et laissent à leur suite les taches pigmentées dont sont criblés les quatre membres et que l'on trouve également disséminées sur le tronc.

Depuis quatorze mois, des ulcérations sont survenues ; elles ont débuté par des saillies semblables aux précédentes et se sont agrandies excentriquement, se cicatrisant en partie à mesure qu'elles

progressaient : ainsi, se sont formées les cicatrices polycycliques à bords pigmentés que l'on voit à la fesse et à la cuisse gauche et qui occupent la plus grande partie de la face antéro-interne de la cuisse droite; ici, le processus ulcéreux n'est pas éteint; il reste encore plusieurs placards de la grande ulcération initiale; bien plus, deux d'entre eux ont pris des dimensions considérables en même temps qu'ils devenaient saillants et se sont entourés d'un rebord épais, convexe, rouge, ulcéré à sa partie interne et se continuant en dehors avec la peau saine sur laquelle il a tendance à se renverser. Ce rebord en bourrelet, sur lequel l'un de nous a déjà insisté à plusieurs reprises dans sa description du mycosis, est caractéristique; il nous conduit à admettre qu'il s'agit d'une forme anormale de cette maladie.

Comme autres arguments en faveur de la nature mycosique de cette singulière et grave dermatose, nous mentionnerons le prurit intense dont elle a toujours été le siège, la guérison spontanée de vastes ulcérations coïncidant avec leur progression partielle et la présence de tissu réticulé dans le rebord convexe.

Nous avons vu, d'autre part, que les inoculations pratiquées au cobaye ont donné des résultats négatifs et que l'examen des biopsies permet d'éliminer la tuberculose. L'insuccès flagrant du traitement permet de repousser l'idée d'une syphilis et il ne s'agit certainement, ni d'une lèpre, ni d'une farcinose, ni d'un bouton des pays chauds.

Si notre interprétation est exacte, il faut admettre les propositions suivantes :

1° *Le mycosis peut n'être pendant de longues années constitué que par des saillies, d'abord papuleuses, puis pustuleuses, qui se succèdent à courts intervalles et laissent à leur suite des taches pigmentées;*

2° *Il peut revêtir la forme de vastes ulcérations serpiginieuses à progression rapide sans apparence, pendant une partie de leur évolution, de saillies végétantes;*

3° *Les cicatrices qui en résultent peuvent être minces, serpiginieuses et très analogues à celles de la syphilis;*

4° *Le rebord convexe à ulcération interne et à progression excentrique est caractéristique;*

5° *Le prurit et les régressions spontanées sont également de bons éléments de diagnostic.*

Nous signalerons, en terminant, le singulier polymorphisme de cette maladie : sur environ vingt-cinq cas que l'un de nous en a présentés à notre Société, il n'en est pas un qui n'ait offert des particularités qui lui appartenait en propre.

M. GAUCHER. — Lors du passage de ce malade dans mon service, je l'ai

regardé comme atteint de syphilis ; le traitement ne l'ayant pas amélioré, je gardai l'impression qu'il s'agissait de néoplasie épithéliale. M. Brocq, qui avait vu le malade, avait pensé à la syphilis. Le prurit relevé chez ce malade existe depuis l'âge de 44 ans.

M. HALLOPEAU. — Je demanderai à M. Morestin s'il ne croit pas possible de traiter ce malade par extirpation des tumeurs et autoplastie consécutive.

M. MORESTIN. — Je crois la chose possible et l'entreprendrai volontiers.

M. BALZER. — Devant la difficulté thérapeutique d'un tel cas et en admettant le diagnostic de mycosis, je me demande s'il ne serait pas possible de recourir aux injections de sérum streptococcique. Dans un cas extrêmement grave, Hippolyte Martin a obtenu par ce procédé un remarquable résultat.

M. BROCC. — Il semble que le diagnostic ne soit établi nettement ni par l'apparence des lésions, ni par l'examen histologique qui laisse persister quelques doutes sur la nature du mal. Dans ces conditions, je crois qu'un supplément d'enquête scientifique est nécessaire avant de prendre une décision ferme.

M. HALLOPEAU. — Suivant moi, l'évolution toute spéciale de la maladie, le prurit intense, les caractères cliniques du bord convexe, l'existence d'un réticulum dans le derme et l'impossibilité de tout autre diagnostic permettent de considérer l'existence d'un mycosis comme au moins très probable ; conformément aux indications de M. Balzer, je vais demander à M. Hippolyte Martin de vouloir bien me procurer de son sérum.

Lichen plan à grande extension de la peau et des muqueuses avec poussées multiples érythémateuses et oedémateuses.

Par MM. NICOLAS et FAVRE.

J. B..., 32 ans, née à Annecy, ménagère, a toujours joui d'une excellente santé.

C'est une femme de taille un peu supérieure à la moyenne, au teint coloré, à l'aspect robuste.

Elle n'a jamais eu de maladie sérieuse, n'a pas fait d'abus d'alcool ni de café, n'a pas éprouvé, avant l'apparition de l'éruption, d'ennuis ni de choc moral brusque.

Rien dans son interrogatoire ne permet de supposer qu'elle ait eu la syphilis.

Elle n'a jamais eu de crises nerveuses et ne présente aucun stigmata d'hystérie.

Début de l'affection actuelle. — L'affection actuelle a débuté en juillet 1903 par de « petits boutons » rouges, de la grosseur d'une lentille, très prurigineux.

L'éruption siégeait sur les poignets, les bras et la face postérieure de la cuisse droite.

Un médecin consulté pense à la gale et en prescrit sans succès le traitement.

L'éruption, au lieu de s'amender, prend une extension considérable. Elle reste formée d'éléments papuleux très confluents.

Prurit violent.

Aucun suintement.

Il existait sur une grande étendue des téguments une rougeur très marquée, et la malade fut à ce moment regardée comme atteinte d'eczéma généralisé.

Au moment où cette poussée éruptive, d'ailleurs brusquement apparue, commençait à rétrocéder, de nouveaux symptômes apparaissent.

Il survient une poussée oedémateuse brusque du visage, atteignant les oreilles et surtout les paupières. La tuméfaction des paupières était telle que la malade était obligée de renverser la tête en arrière ou de soulever les paupières pour regarder les objets.

Après la figure ce fut le tour des mains à enfler. Elles devinrent oedémateuses, tendues, boudinées au point que la malade ne put s'en servir pendant plus de 8 jours.

Les jambes et les pieds enflèrent ensuite sans douleurs vives, sans réactions articulaires, sans gêne notable de la marche.

La disparition de l'oedème au niveau du visage fut suivie d'une desquamation fine, furfuracée.

L'examen des urines à ce moment fut négatif.

Après une courte période de rémission le prurit réapparaît et l'éruption se constitue peu à peu, telle que nous l'observons à l'entrée de la malade.

A l'entrée de la malade à la clinique. — Juillet 1905. — L'éruption que présente la malade est très étendue. La face et le cuir chevelu sont seuls respectés.

L'éruption est constituée soit par des placards plus ou moins étendus, soit par des papules isolées.

Les placards sont de dimensions variables, irrégulièrement découpés et forment de larges nappes grenues dont la coloration va du rouge brun au rouge livide plus ou moins violacé. Ces placards sont saillants, nettement infiltrés, finement squameux.

La desquamation est furfuracée, les squames très minces, très fines sont, par places, véritablement micacées.

Ces placards sont parcourus dans tous les sens par une série de plis anastomosés, et ont un aspect quadrillé très manifeste.

Les papules sont très typiques, les unes aplaties, brillantes, lisses, polygonales, luisantes, de teinte brun jaunâtre, d'aspect cireux, sont de petites dimensions.

D'autres, plus volumineuses, ont une teinte plus vive, sont plus squameuses.

Certaines papules présentent très nettement des stries blanches plus ou moins régulières, d'autres sont ombiliquées.

Topographie de l'éruption. — Nous n'insisterons pas sur ce point ni sur les aspects un peu variables que présente l'éruption suivant ses localisations. Elle est prédominante aux points d'élection du lichen, poignets, ceinture.

hanches, lombes. Mais elle n'est pas restée localisée à ces points d'élection et l'on peut dire que la face et le cuir chevelu sont seuls absolument respectés.

Lésions muqueuses. — Il existe au niveau de la muqueuse buccale et de la muqueuse vaginale des lésions très marquées, stries, taches blanches que nous ne voulons pas décrire ici.

L'état général de la malade est bon.

Il n'existe pas de lésions viscérales appréciables.

La malade accuse un état d'insomnie persistante. Elle n'a pas de céphalée mais présente une sorte d'inquiétude, d'agitation perpétuelle. Elle ne peut rester en place dans son lit, craint beaucoup la chaleur, et dort en plein hiver très peu couverte.

Le prurit est très vif. Les urines ne contiennent pas d'albumine.

La malade n'est restée que quelques jours dans le service. Elle part améliorée et nous promet de venir régulièrement à la visite.

La malade est revenue à trois reprises dans le service.

Lors de sa première visite les lésions cutanées étaient stationnaires, l'éruption toujours très étendue, le prurit était cependant un peu moins vif et l'insomnie moins complète.

Les lésions des muqueuses étaient moins marquées qu'au moment où la malade était à l'hôpital.

En avril 1906, nous voyons de nouveau la malade. L'éruption rétrocede manifestement. Les larges placards prurigineux et squameux au début, ont pris une teinte pigmentaire, brun foncé, allant jusqu'à la teinte noirâtre.

Ces placards ne sont plus squameux, mais restent finement quadrillés et légèrement infiltrés.

Quelques poussées papuleuses nouvelles se sont cependant encore produites sur les bras, mais elles sont très circonscrites.

En nombre de points, la dermatose a pris un caractère figuré, annulaire. Le centre de l'élément est comme affaissé, de couleur fauve, il est légèrement squameux. La périphérie est formée d'une bordure étroite, régulière, légèrement surélevée, finement découpée, brillante quand on la regarde obliquement.

Les phénomènes subjectifs sont bien moins accentués qu'autrefois. Le prurit est très supportable.

La malade dort bien.

Juin. — Depuis sa dernière visite, l'état de la malade s'est encore amélioré.

Elle est venue, nous dit-elle, pour nous annoncer sa guérison. Elle avait eu cependant, ce matin, la pensée de différer d'un jour son voyage. Elle se sentait mal à l'aise, elle éprouvait des nausées, souffrait de la tête.

Dans le train a commencé à paraître une éruption qui s'est rapidement généralisée et qui est très intense au moment où nous voyons la malade.

Cette éruption est caractérisée par des taches érythémateuses, tantôt isolées, tantôt confluentes. Elles forment en certains points de larges nappes, s'effaçant sous la pression du doigt.

Cet érythème est remarquable par sa rougeur très intense et par l'élévation considérable de la température locale.

Parmi les localisations de l'éruption, il faut signaler la localisation péri-buccale et les localisations palmaires.

Les muqueuses ne sont pas atteintes. L'érythème présente une symétrie très remarquable.

Les phénomènes subjectifs consistent en une sensation de chaleur très pénible, d'ardeur, de brûlure locale. Il semble à la malade, suivant sa propre, comparaison, « qu'elle est dans le feu ».

Elle se sent mal à l'aise et au cours de l'examen présente des vertiges, des nausées, des phénomènes lipothymiques très accusés, avec sueurs froides, petitesse du pouls.

La malade interrogée, nous dit avoir présenté cette poussée d'érythème à 4 reprises différentes.

Chaque fois, dit-elle, cette poussée précède une nouvelle recrudescence du prurit et des accidents cutanés.

Elle nous a affirmé que jamais elle n'a absorbé de médicaments pendant les jours qui ont précédé ces manifestations cutanées.

Ce matin seulement elle a pris un cachet d'antipyrine, parce qu'elle se sentait mal à l'aise, mais l'érythème avait déjà fait son apparition au moment de l'absorption du cachet.

L'examen des urines de la malade n'a révélé aucune particularité intéressante.

Il en est de même de l'examen du sang.

La température rectale était de 37°,4.

Notons une tachycardie très accusée (130).

La malade a pu rentrer chez elle dans la soirée. Pendant plus de 3 heures les symptômes nauséux, les vertiges, l'état lipothymique ont persisté.

La malade a eu un vomissement bilieux.

Ces symptômes ne sont pas survenus au cours des précédentes poussées d'érythème, qui ne s'accompagnaient généralement d'aucun retentissement sur l'état général.

La malade nous a fait savoir que la poussée érythémateuse s'est rapidement dissipée, mais elle oublie de nous parler de son affection cutanée.

Il s'agit, en somme, d'une malade qui au cours d'un lichen plan typique à poussées successives, à localisations cutanées et muqueuses très étendues, a présenté, à plusieurs reprises, des accidents ordinairement étrangers à la symptomatologie du lichen.

Ce sont des œdèmes à extension brusque, à évolution rapide, envahissant la face et les membres, sans provoquer de douleur ni de ralentissement sur l'état général.

Ce sont des poussées érythémateuses, également brusques et fugaces, très intenses, survenant rapidement, sans cause provocatrice nette, mais toujours liées à une recrudescence dans le prurit et à une extension de l'affection cutanée.

Ces troubles vaso-moteurs d'une rare intensité sont loin d'être

communs, sous cette forme, dans la symptomatologie du lichen plan.

Nous croyons que ces troubles ressortissent à la cause même du lichen. Ils ne pourraient dépendre que d'une intoxication accidentelle d'origine médicamenteuse. Mais la malade nous a affirmé qu'elle n'avait pas pris de médicaments au moment des poussées.

Peut-être faut-il mettre la dernière poussée observée par nous sur le compte d'une auto-intoxication d'origine alimentaire. Notre malade avait depuis quelques jours des troubles gastro-intestinaux vagues. Il est possible que chez de semblables malades, dont le système vasomoteur est profondément troublé, une cause minime d'intoxication soit susceptible de produire, sur ce point de moindre résistance qu'est le réseau vasculaire de la peau, des troubles d'une anormale intensité.

Si la pathogénie de semblables accidents reste obscure, il n'en est pas moins certain, et nous revenons sur ce point, que leurs relations avec les poussées de lichen sont trop étroites pour qu'on puisse ne voir là que des faits de pure et simple coïncidence.

Sur un cas de pemphigus chronique congénital et familial à forme d'ichthyose bulleuse.

Par MM. NICOLAS et FAVRE.

M. Joa... entre le 18 octobre 1905 à la clinique de l'Antiquaille. Il a déjà été soigné, nous apprend-il, dans le même hôpital il y a deux ans, et pour la même affection dont il est encore actuellement porteur.

Cette affection est héréditaire : son grand-père, une tante et un oncle ont la même maladie que lui.

Elle est même, paraît-il, beaucoup plus accentuée chez l'oncle, dont la peau est, au dire du malade, semblable à celle d'un nègre, et a des poussées bulleuses subintrantes.

La mère du malade ne présente aucune lésion. Il a deux frères de 14 et 7 ans, indemnes de toute affection cutanée. Il a perdu deux sœurs, mortes en bas âge.

Antécédents personnels. — Le malade ne nous donne à ce sujet que peu de renseignements. Il aurait toujours joui d'une bonne santé. Il travaille à la campagne, n'a jamais eu d'affection vénérienne. Il se plaint seulement d'avoir toujours très soif, il boit d'ailleurs jusqu'à 5 litres de vin par jour.

Il a toujours eu l'affection cutanée pour laquelle il vient à l'hôpital.

Déjà dès sa naissance, on aurait remarqué qu'il avait la peau plus rude et de teinte plus foncée que normalement. On aurait été également frappé du développement sur tout le corps du système pileux.

Ces poils follets ne tardèrent pas à tomber. C'est vers l'âge de 18 mois qu'apparaissent les premières bulles.

Ces poussées bulleuses se sont succédé depuis, plus ou moins intenses. Le malade a eu des périodes de rémission presque complète. C'est ainsi que

pendant ces quatre dernières années, il n'a eu qu'à de rares intervalles quelques bulles isolées.

En juillet 1905, le malade entre dans un service de chirurgie de l'Hôtel-Dieu, pour une plaie accidentelle par balle de revolver.

Les poussées bulleuses réapparaissent très intenses.

Le malade a fini par ne plus s'occuper de sa maladie de peau. Il prend des bains fréquents, afin de ne pas avoir la peau trop noire et ne s'inquiète guère des éruptions bulleuses qu'il présente. Il dit que l'apparition locale des bulles est favorisée par les traumatismes. Un choc un peu intense fait naître dans les vingt-quatre heures qui suivent une bulle plus ou moins volumineuse.

Actuellement. — Le malade est un jeune homme de taille moyenne, de développement normal, d'aspect vigoureux. Il ne présente aucun stigmate dystrophique, aucune malformation.

Les lésions cutanées qu'il présente ont leur maximum d'intensité au niveau des membres.

Dans les régions atteintes, la peau présente un aspect ichthyosique plus ou moins accusé.

A un moindre degré, cet état se traduit par un épaississement léger et uniforme de la peau, avec exagération des plis et des dépressions normales du tégument. La peau est rugueuse, chagrinée. Le sommet de chacune de ces saillies exagérées est revêtu d'une couche cornée gris jaunâtre. Le malade est obligé de prendre des bains constamment pour éviter que cette teinte jaune brunâtre ne passe au brun et même à la teinte noire la plus franche.

Plus accusée, la lésion est caractérisée par de larges placards rudes au toucher, grenus, de teinte foncée, brune, et par places brun noirâtre.

La peau est nettement épaissie : c'est une peau grossière, à gros grain, sur laquelle se détachent, avec un relief très accusé, les sillons et les crêtes normales de la peau.

Chacune de ces crêtes est accusée par un relief corné, une hyperproduction kératique manifeste. Les flots hyperkératosiques, séparés par des sillons profonds, forment des figurations d'aspect variable. Dans la plupart des régions, la peau semble comme pavée par de petites plaques cornées juxtaposées.

Il est à remarquer que toutes les régions qui présentent l'aspect ichthyosique sont le siège d'une desquamation assez abondante. On peut détacher sans grande gêne les petites plaques kératosiques. Elles sont, et nous insistons sur ce point, très médiocrement adhérentes. Au-dessous d'elles la peau apparaît lisse, rosée, très légèrement humide.

L'ablation de ces productions exubérantes ne provoque aucune douleur et n'est suivie d'aucun saignement, mais le malade dit que le léger traumatisme ainsi causé est suffisant pour provoquer *in situ* l'apparition d'une bulle.

Il est à noter que ces sortes de squames enlevées par le grattage ne sont pas sèches, dures, mais plutôt humides, un peu molles, comme grasses.

Cette faible adhérence des néoproductions épidermiques est très remarquable. Il semble que l'on ait recouvert la peau d'un enduit qui s'est concrété, puis craquelé à sa surface, et ne lui adhère que faiblement.

Topographie des lésions. — Ces lésions ont la répartition suivante :

Face, cuir chevelu sains. — Les cheveux sont normaux, bien fournis, de coloration brun châtain.

Nuque. — On note deux petits placards légèrement kératosiques au niveau de la nuque et de la région sus-hyôïdienne.

Thorax. — Le thorax ne présente aucune lésion nette. On pourrait peut-être signaler un léger degré de kératose uniforme des orifices pilo-sébacés. Cette lésion, rappelant une kératose pileaire à localisation anormale, se trouve au niveau des régions sus-acromiales et à la partie supérieure des deux bras.

Abdomen. — Les lésions réapparaissent à partir de l'ombilic. Mais il s'agit ici simplement d'état rude, grenu de la peau, dont la teinte est gris brunâtre. On ne voit pas ici les véritables hyperproductions épidermiques si nettes au niveau des membres.

Membres. — Les lésions sont ici très accusées, uniformément réparties. Elles ne prédominent en aucun point, sur aucune des faces des membres, et ne respectent pas les plis articulaires. Leur aspect est celui des lésions au maximum de leur développement et dont nous avons donné la description. Il n'existe pas d'altérations de la paume des mains et de la plante des pieds.

Les ongles ne présentent pas d'altérations notables.

Bulles. — Sur ces téguments présentant un aspect ichthyosique se produisent des poussées bulleuses fréquentes.

Elles sont provoquées par le traumatisme, mais surviennent aussi sans aucune cause.

Leur développement est rapide. En quelques heures, elles ont atteint les dimensions d'une noisette, d'une noix. Quelques-unes sont plus volumineuses encore. Elles sont généralement tendues, fermes. Le liquide qui les distend est pour ainsi dire d'emblée purulent, finement grumeleux, louche.

Ces bulles paraissent avoir simplement pour plafond ce revêtement kératosique que nous avons décrit. Elles le soulèvent, le fissurent, et la bulle éclate. Le liquide une fois évacué, la bulle se dessèche rapidement et l'épiderme qui en tapisse le fond apparaît lisse, rosé, légèrement érythémateux, comme celui que met en évidence l'ablation mécanique du revêtement ichthyosique.

On a l'impression que ces bulles se développent très superficiellement. Elles guérissent d'ailleurs très vite, ne laissent jamais de cicatrices, n'entraînent pas de chute des poils, et ne donnent jamais lieu au développement de kystes épidermiques.

Elles se développent de préférence dans les points où l'aspect ichthyosique est le plus manifeste. Fréquentes sur les membres, elles ne se développent que rarement sur l'abdomen. Jamais le malade n'a eu de poussée sur les placards du cou.

Ces poussées bulleuses sont accompagnées de quelques manifestations douloureuses, d'une sensation de tension locale sourde. Ces douleurs ne persistent que très peu de temps.

Dans son ensemble la lésion locale est à peu près indolore et ne paraît pas retentir sur l'état général.

Les bulles les plus volumineuses durent trois à cinq jours. Il se fait au siège de la bulle une desquamation totale. La place de la bulle apparaît, tranchant par sa teinte blanc rosé sur les téguments avoisinants de teinte presque noire. Puis l'épiderme reprend rapidement un caractère grenu, l'hyperkératose est bientôt manifeste, et au bout de dix à quinze jours toute

trace locale de la bulle a disparu sous un nouveau revêtement épidermique anormal.

Le malade dit transpirer facilement. Il exhale une légère odeur fade, de macération épidermique.

Les poils sont normaux même au niveau des régions ichthyosiques. Ils sont relativement longs, fins, n'ont pas l'aspect grêle et sec que l'on voit communément chez les ichthyosiques vrais.

Les muqueuses n'ont jamais présenté aucune lésion.

Les lésions cutanées des membres inférieurs, très mal soignées par le malade, ont provoqué le développement de véritables bubons cruraux et inguinaux. Les ganglions sont rénitents, volumineux, indolents.

État général. — L'état général est bon. L'examen viscéral est négatif, Les battements cardiaques sont réguliers, pas de souffle, pas d'altérations du rythme cardiaque. Il n'existe aucun trouble respiratoire. Les fonctions intestinales sont normales. L'appétit est même exagéré.

Les troubles nerveux sont nuls. Il n'existe pas de troubles objectifs de la sensibilité. L'intelligence est normale.

Nous avons attiré l'attention sur un certain degré de *polyphagie* que présente le malade. Il est également atteint de *polydipsie*. Il dit avoir constamment soif et a demandé pendant son séjour un supplément de boisson et de tisane.

Nous avons à deux reprises recueilli la totalité des urines de vingt-quatre heures.

Le 28 novembre, le malade urine 3 lit. 700.

L'analyse des urines a donné les résultats suivants :

Urée.....	9 gr. 312, par litre.
Phosphates (en acide phosphorique).....	0 gr. 68 —
Chlorures.....	0 gr. 387 —
Sucre et albumine.....	Néant.

Une deuxième analyse, faite le 12 janvier, n'a donné comme quantité d'urines que 1 lit. 150 avec

Urée.....	22 gr. 80, par litre.
Phosphates.....	2 gr. 05 —
Sucre et albumine.....	Néant.

Lors de ce deuxième examen les poussées bulleuses étaient très atténuées.

Nous avons examiné chez notre malade le sang et, à diverses reprises, le contenu des bulles.

L'examen du sang ne nous a rien révélé d'anormal.

Au cours d'une poussée bulleuse très intense, nous avons observé une polynucléose légère (72 p. 100) et une leucocytose peu marquée (12600 globules blancs).

Les éosinophiles n'ont jamais dépassé le chiffre de 2 p. 100.

Le liquide des bulles contenait des éléments cellulaires assez nombreux, très déformés, vacuolaires, en voie de désintégration. Il s'agissait presque uniquement de polynucléaires neutrophiles. L'éosinophilie des bulles n'a jamais été supérieure à 4 p. 100.

Le liquide, examiné à plusieurs reprises et ensemencé, contenait toujours des streptocoques typiques.

2 juillet. — Nous avons revu aujourd'hui le malade. Il a eu de nouvelles poussées depuis qu'il a quitté l'hôpital.

Une de ces poussées, plus intense, a eu pour siège le genou droit. L'épiderme formant le toit de la bulle est en voie d'élimination sous forme de larges lambeaux croûteux encore retenus par les poils agglomérés.

Nous ne décrirons pas longuement l'aspect des lésions. Il a peu varié.

Le malade, qui s'est mal soigné, présente sur toutes les régions atteintes une teinte grise ou même franchement noire.

Il dit avoir toujours soif. Il boirait 5 à 6 litres de vin par jour et 2 à 3 litres d'eau. L'appétit est moins exagéré qu'autrefois.

Le malade nous dit que son oncle, atteint de la même affection que lui, présente également les mêmes symptômes de polydipsie et de polyphagie.

Ce malade boirait jusqu'à 8 à 10 litres de liquide par jour.

Il est obèse et serait très gros mangeur.

Nous n'avons pu jusqu'ici contrôler ces renseignements donnés par le malade.

Cette observation est un cas typique de l'affection improprement appelée « ichtyose bulleuse ». Il s'agit d'une dermatose rare, héréditaire, familiale, dont la place exacte n'est pas encore déterminée dans la nosographie cutanée.

Elle se rapproche par bien des points des *dermatites ichthyosiformes, accompagnées ou non de productions bulleuses et de troubles épidermotrophiques* que M. Lenglet, dans sa thèse, a tenté de classer provisoirement.

Les faits ainsi groupés sont d'aspect, d'évolution, de localisations très variables et disparates.

Il est probable que des groupements ne tarderont pas à se faire au sein de cet amas confus et bariolé de dermatoses.

Il nous a semblé, en tout cas, faire œuvre utile en apportant simplement une observation, un fait clinique nouveau.

Nous comptons pouvoir étudier plus complètement, dans un travail ultérieur et en nous adressant aux autres membres de la famille du malade, la dermatose dont nous n'avons fait ici que résumer simplement l'observation.

Cyanose douloureuse intermittente d'un gros orteil, d'origine syphilitique.

Par MM. AUDRY et BOYREAU.

Voici une observation pour servir à l'histoire de l'artérite syphilitique des membres.

J. R..., 54 ans, menuisier, entre le 23 avril à la clinique des maladies cutanées. — Père mort à 68 ans d'affection indéterminée; mère morte à 69 ans, de cardiopathie. Un frère, âgé de 44 ans, en bonne santé.

A. P. — Aucune maladie de l'enfance ou de l'adolescence. Santé robuste. Pendant son service militaire, contracta la syphilis : chancre induré du

fourreau de la verge, roséole, plaques muqueuses de la bouche et des lèvres, bientôt suivies de l'apparition sur l'abdomen et principalement sur les jambes et les cuisses, de syphilides ulcéreuses assez confluentes et dont on voit actuellement les cicatrices pigmentées. Une de ces syphilides siégeait sur le bord libre de l'aile droite du nez; sa cicatrisation a déformé l'organe: la narine droite est aplatie; son orifice, dont les bords sont formés de tissu inodulaire, s'allonge en outre de droite à gauche et de bas en haut, grâce à une déviation concomitante de la cloison.

Dès les premières manifestations de la syphilis, R... suivit un traitement spécifique pendant un an, mais d'une façon irrégulière: sirop de Gibert, frictions et même injections hypodermiques. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis plus de trente ans, il n'a vu se produire aucun autre symptôme syphilitique et n'a eu à se plaindre d'aucun trouble viscéral. Pas d'éthylisme, pas d'excès de table. Très nerveux, son nervosisme se serait même accentué depuis ces dernières années à la suite de chagrins de famille.

Marié à 26 ans, sa femme n'a jamais fait de fausses couches. Il a eu 8 enfants venus au monde à terme et bien conformés. Cinq sont morts de rougeole ou de tuberculose pulmonaire. Les 3 autres (27, 17 et 14 ans) jouissent d'une bonne santé.

M. A. — R... entre à la Clinique pour phénomènes douloureux du gros orteil gauche, apparus depuis un mois dans les circonstances suivantes. Il y a un mois et demi environ, survinrent, dans la jambe gauche, des contractions involontaires, cloniques, indolores, brusques, portant soudainement la jambe en extension complète ou le pied en extension forcée et se produisant, à intervalles quelquefois rapprochés, durant la journée, soit pendant la marche, soit pendant la station droite ou assise. Ces « crampes », comme dit le malade, cessèrent de se produire quinze jours après; mais, alors il commença à souffrir du gros orteil gauche qui se cyanose et d'un engourdissement du membre supérieur droit qui le gêne pour le travail. D'ailleurs depuis ce moment les douleurs de l'orteil se sont accrues dans des proportions telles que R... a dû interrompre ses occupations pour entrer à l'hôpital.

Examen du malade. — Homme de petite taille. Obèse. Facies congestionné avec varicosités marquées sur les pommettes. Il présente, comme nous l'avons dit, une déformation du nez, déjà décrite, et les cicatrices brunes de ses anciennes syphilides. Ses bras sont rouges; ses mains sont grosses, refroidies et il est visible qu'à leur niveau la circulation se fait mal. Mais ce qui attire l'attention, c'est l'état du gros orteil gauche. Il présente une teinte violet foncé, uniformément étendue jusqu'à sa base où elle s'arrête, limitée par un bord net, circulaire; il ne paraît pas plus froid que le gros orteil droit, cyanosé lui aussi mais à un degré bien moindre. A son niveau les perceptions d'ordre sensitif ou tactile existent sans altérations ni retard. La palpation, une pression forte même, est indolore. Les douleurs, spontanées, surviennent indifféremment le jour ou la nuit, mais toujours quand le malade est au repos depuis un certain temps, quand il est immobile, assis ou couché. Elles coïncident avec une augmentation des phénomènes de stase sanguine, mais jamais — le malade est très affirmatif sur ce point — elles ne succèdent à un état d'anémie ou de syncope locale, telle qu'on l'observe, avec constance, dans la maladie de Raynaud. Elles s'annoncent par des

élancements accompagnés bientôt de sensation d'arrachement et qui ne tarde pas à devenir intolérable. Elles éveillent, la nuit, le malade, qui, pour les calmer, est obligé de se lever et de faire les cent pas dans la salle. La marche, en effet, les atténue assez vite et même les fait complètement disparaître au bout de 1 à 2 heures. Mais l'immobilité les fait quelquefois apparaître de nouveau. Il en résulte que le malade est assez souvent privé de sommeil. Quand ces phénomènes sont à leur paroxysme, l'orteil est douloureux en masse, mais surtout sur sa face externe, interdigitale. Pendant toute leur durée ou pendant la période qui les précède, l'orteil reste sensible au toucher et à la piqure. La peau qui le recouvre ne présente pas d'altérations.

L'examen des différents appareils est négatif. Cœur normal. Pouls bien frappé, sans hypertension, pas de signe de la temporale. Poumons sains. Urines normales, sans sucre, ni albumine.

Rien du côté du tube digestif : la rate n'est pas grosse. Le foie ne dépasse pas les fausses côtes.

Léger affaiblissement de la vue. Pas de signe d'Argyll ou de Romberg. Les réflexes rotuliens sont très diminués, surtout à gauche. Le réflexe plantaire est aboli à gauche.

On soumet le malade aux piqûres de calomel (0,07 tous les huit jours) et à l'administration quotidienne d'iodure de sodium (2 cuillerées à soupe d'une solution à 40 p. 100).

26 avril. — Les douleurs persistent, aussi intenses. Le malade est privé de sommeil, on est obligé d'avoir recours à la morphine.

28 avril. — L'engourdissement du membre supérieur droit est moins accusé et, de plus, devient intermittent. La cyanose de l'orteil présente des alternatives d'augmentation et de diminution. On porte à 8 grammes la quantité quotidienne de KI.

30 avril. — Les douleurs deviennent moins vives dans la journée. Les nuits sont bonnes, mais on continue la morphine.

2 mai. — L'orteil, de violet passe manifestement à une teinte plus claire.

4 mai. — Depuis deux jours, malgré la suppression de la morphine, le malade a passé des nuits relativement calmes : les accès nocturnes ne sont pas aussi douloureux.

5 mai. — Le malade, très soulagé, demande à sortir. L'examen de l'orteil, fait avant son départ, permet de constater que la teinte cyanotique a diminué dans des proportions assez marquées ; sa limite devient indécise sur certains points ; enfin il semble que l'orteil a perdu de sa tuméfaction légère. Les téguments sont lisses et toujours tendus, mais sans excès ; ils ne présentent aucune excoriation ou exfoliation. La pression est toujours indolore. Le malade ne se plaint plus de l'engourdissement du bras droit.

(Le malade a reçu à ce moment 3 injections de calomel.)

Il n'y a guère de doutes sur le diagnostic de la lésion : altération syphilitique des collatérales du gros orteil. L'influence du traitement spécifique a été très évidente et assez rapide. On a, dans ce cas, un bon exemple d'artérite syphilitique des membres. On le rapprochera des cas de claudication intermittente, etc. Les faits semblables sont encore assez exceptionnels.

Épididymite blennorrhagique suppurée : funiculite phlegmoneuse avec vaste abcès du canal inguinal.

Par MM. AUDRY et BOYREAU.

Jean A..., 18 ans, employé, entre le 3 mai à la clinique des maladies cutanées et syphilitiques, salle Besnier, n° 4.

Rien d'intéressant à signaler dans ses antécédents héréditaires, collatéraux ou personnels. Pas d'éthylisme; excès d'aucune sorte.

Contracté, il y a un mois et demi, une blennorrhagie assez intense et compliquée de phimosis. Il entre à ce moment à l'hôpital : on lui fait une circoncision et lorsque le pus urétral commence à diminuer de quantité et que sa couleur devient plus claire, on lui prescrit les lavages au permanganate de potasse. Il quitte l'hôpital treize jours après, continue ses lavages, mais les interrompt au vingt-neuvième, présentant des symptômes de cystite. Urotropine, potion de Chopart.

Les phénomènes s'accusant, A... rentre de nouveau à la clinique, au dixième jour de sa cystite.

A ce moment, l'écoulement est minime, blanchâtre, plus abondant le matin. Les mictions sont très fréquentes la nuit comme le jour, douloureuses avant, pendant et surtout après l'émission du jet, peu abondantes, sans hématurie, légèrement troubles. *Pas de gonocoques.*

L'hypogastre est sensible spontanément ou à la pression. Les jours suivants les phénomènes augmentent d'intensité. Le besoin d'uriner devient si impérieux qu'il est obligé de le satisfaire tout de suite sous peine de perdre ses urines, si fréquent qu'il ne laisse bientôt au malade aucun repos. Ces besoins se produisent en effet toutes les deux, puis toutes les heures, demi-heures, dix minutes. Ils s'accompagnent de ténésme violent. La quantité d'urine émise se réduit la plupart du temps à quelques gouttes; quelquefois les efforts restent vains. Ces défécations provoquent des mictions involontaires et très douloureuses. Les nuits sont sans sommeil.

Outre l'hygiène habituelle que l'on prescrit dans ces cas, l'on fait au niveau du col de la vessie des instillations quotidiennes de V à VI gouttes de de nitrate d'argent à 1/30.

Le 8 mai se déclare une épидидymite droite nécessitant le port d'un sus-pensoir. Les jours suivants, amélioration *très lente* des symptômes de cystite. Les mictions deviennent moins fréquentes; le sommeil est encore interrompu quatre ou cinq fois dans la nuit. Le malade mange peu; ses téguments pâlisent. Faiblesse générale, amaigrissement.

14 mai. — L'écoulement urétral est réduit à quelques gouttes d'un liquide blanchâtre, muqueux, perceptible surtout le matin, composé principalement de cellules épithéliales et sans gonocoques. La cystite est en bonne voie de guérison. Nombre des mictions diurnes : toutes les trois heures; nocturnes : deux à trois seulement. Les douleurs et le ténésme vésical se sont considérablement calmés.

La prostate est un peu grosse, elle est dure, mais sans nodosités appréciables; on ne sent pas les vésicules séminales.

20 mai. — Depuis une huitaine de jours, le malade se plaint d'une douleur, d'abord légère, siégeant dans le testicule droit, se propageant le long du

cordon et atteignant son maximum à la partie interne du canal inguinal. Cette douleur, spontanée ou provoquée bientôt par une pression même superficielle, s'accompagne à présent d'une tuméfaction des téguments au niveau de la zone sensible. L'épididyme, augmenté naturellement de volume, adhère en un point avec le scrotum, à sa partie inférieure.

22 mai. — Les phénomènes locaux ont rapidement progressé. On constate à la visite : 1° un épanchement occupant la vaginale droite; 2° un point fluctuant avec peau rougie et amincie au niveau de l'adhérence signalée de l'épididyme avec les enveloppes de la bourse. Ces tuniques sont, par ailleurs, épaissies, sans induration notable; 3° une induration sous-cutanée, située au-dessus de l'arcade de Fallope, occupant la partie inférieure de la zone tégumentaire abdominale dénommée « fosse iliaque droite », et atteignant la ligne médiane. Elle est sensible à la palpation, ne présente pas toutefois de modifications inflammatoires superficielles; elle donne la sensation d'avoir une épaisseur assez grande; ses contours sont nets et se dessinent presque lorsque l'on regarde l'abdomen à jour frisant. Ce placard induré est surmonté, au niveau de l'aire qui correspond au canal inguinal, d'une tuméfaction ovoïde, allongée dans le sens du canal, plus sensible, presque rénitente en certains points, fluctuante même par endroits, avec rougeur de la peau qui la recouvre; sa grosseur est celle d'un œuf de poule. A noter que les portions funiculaire et testiculaire du canal déférent ne paraissent ni indurées, ni tuméfiées, quoique douloureuses. A remarquer encore que les symptômes de cystite ont presque disparu. Le soir, la température monte à 39°,4. On fait des pansements humides.

23 mai. — La douleur locale n'a pas augmenté, mais la fluctuation est très nette au niveau de la tuméfaction inguinale. La température est de 38°,3. De plus, l'état général est suffisamment atteint. Il y a eu, durant la nuit, des sueurs profuses. L'intervention est décidée le matin même.

Par une incision parallèle à l'arcade, longue d'environ 8 centimètres et pratiquée sur la tuméfaction ovoïde dont nous avons parlé, on tombe sur la paroi antérieure du canal inguinal. C'est dans l'intérieur même de ce canal que siège la collection. On fend cette paroi à partir de l'anneau externe: il s'écoule immédiatement du pus jaune verdâtre, bien lié, sans grumeaux ou flocons, sans odeur particulière et dont la quantité peut être évaluée à la contenance d'un verre à bordeaux. Le cordon apparaît dans le canal inguinal très tuméfié; il est volumineux, et à sa surface l'on aperçoit de petites arborisations vasculaires très nombreuses et quelques suffusions sanguines; il est en connexion directe avec le pus. — On ouvre d'autre part, au niveau du scrotum abcédé, un petit abcès épидидymaire qui donne du pus dont les caractères physiques sont les mêmes que ceux du précédent. Au moyen du dilatateur de Tripier introduit par l'incision scrotale, on fait un plan de clivage entre le cordon et les tuniques afin de faire communiquer les deux cavités purulentes. La portion funiculaire du cordon est indemne, ainsi qu'avaient permis de le faire supposer les signes cliniques. On glisse un drain que l'on place parallèlement au cordon et à côté de lui; on bourre de gaze iodoformée la cavité inguinale; pansement humide.

L'examen du pus provenant des deux abcès incisés et pratiqué par M. le Dr Gauthié, préparateur au laboratoire d'hygiène, a donné les résultats suivants:

1° Abscès du canal inguinal : staphylocoques, tétragènes, quelques chatnettes de streptocoques, gonocoques peu nombreux.

2° Abscès de l'épididyme : gonocoques nombreux.

5 juin. — Les suites opératoires ont été des meilleures. La suppuration a considérablement diminué dès le troisième jour après l'intervention. Le drain a été enlevé le 30 mai. La cavité du petit abcès de l'épididyme est actuellement comblée. La cavité de l'abcès inguinal est très rétrécie ; ses parois, d'une couleur rouge vif, bourgeonnent ; il n'y a pas la moindre trace de rétention. La cystite peut être considérée comme guérie. L'écoulement urétral persiste toutefois, mais il est toujours muqueux, très peu abondant, sans gonocoques.

Le 15 juillet, la cavité de l'abcès, très diminuée, n'est pas encore entièrement cicatrisée.

Il n'est pas très rare de voir suppurer les épididymites blennorrhagiques. Pour ma part, j'en ai rencontré 4 exemples. En 1901, Laurent a publié dans le *Journal des maladies cutanées et syphilitiques* un travail sur cette question, et un certain nombre de faits ont été publiés depuis lors. Les funiculites blennorrhagiques sont assez fréquentes ; à mon avis, 10 p. 100 au moins des épididymites s'accompagnent de funiculite appréciable en clinique.

Mais il est absolument exceptionnel de voir ces funiculites arriver à la suppuration. Personnellement je ne l'ai jamais observé, et la littérature n'en offre qu'un très petit nombre de cas, généralement anciens (Faucon, etc.) et peu nets.

Nous insisterons sur le fait que chez notre malade l'abcès épididymaire et l'abcès funiculaire étaient complètement indépendants l'un de l'autre, anatomiquement.

L'existence du gonocoque dans les épididymites blennorrhagiques suppurées est connue depuis l'observation de Routier. Il est fort probable que les infections secondaires ont joué un rôle efficace dans la réalisation de l'abcès périfuniculaire.

Il est assez remarquable que ces accidents se soient manifestés à un moment où l'urétrite était guérie. Il est possible que l'abcès considérable développé autour du cordon et disséquant le canal inguinal, doive être considéré comme le résultat d'une lymphangite plutôt que comme un véritable phlegmon intrinsèque du cordon.

Élections.

Au cours de la séance ont été nommés :

Membres titulaires : MM. FERREYROLLES, HALLÉ, MONIER, THOREL VEDEL.

Membre correspondant : M. SPITZER.

Le Secrétaire,

E. LENGLET.



Huguenot. lith.

Imp. J. Lebel, Paris

Masson et C^{ie} éditeurs





SÉANCE DU 8 NOVEMBRE 1906

Présidence de M. Alfred Fournier.

SOMMAIRE. — Ouvrages offerts à la Société. — A l'occasion du procès-verbal :

A propos de l'observation présentée par MM. Nicolas et Favre sous le titre « Sur un cas de pemphigus chronique congénital et familial à forme d'ichthyose bulleuse », par M. LENGLET. — Nécrologie. — Éruption érythémateuse et papuleuse causée par la vanille, par MM. Brocq et FAGE. (Discussion : MM. HALLOPEAU, Brocq, E. FOURNIER, A. FOURNIER.) — Radium et rayons X comparés dans un cas d'épithéliomatose ; utilisation thérapeutique de l'eau radifère et de l'eau radio-activée, par MM. WICKHAM et DEGRAIS. (Discussion : MM. DANLOS, BELOT, BÉCLÈRE HALLOPEAU, WICKHAM.) — Traitement des chéloïdes par l'ablation suivie de la radiothérapie, par MM. DE BEURMANN, NOIRÉ et GOUGEROT. — Notes complémentaires sur l'évolution de la radiodermite chronique, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT. (Discussion : MM. BÉCLÈRE, GAUCHER, DARIER, LEREDDE.) — Maladie de Hallopeau (pyodermite végétante), par MM. GAUCHER et MALLOIZEL. (Discussion : M. HALLOPEAU.) — Gommès syphilitiques du muscle sterno-cléido-mastoldien (syphilis acquise), par MM. GAUCHER et MONIER-VINARD. — Sur la production d'ulcérations profondes et étendues dans un nævus angiomaieux, par MM. HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY. (Discussion : MM. Brocq, LENGLET, A. FOURNIER.) — Nouveaux cas d'aplasie moniliforme des cheveux, par MM. HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY. — Localisations psoriasiques sur des syphilides, par MM. HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY. (Discussion : M. PAUTRIER.) — Sur un cas de tumeurs lymphoïdes de la peau, par MM. HALLOPEAU et GASTOU. (Discussion : M. DARIER.) — Lichen scrofulosorum chez un adulte, par MM. BALZER et POISOT. — Syphilides corymbiformes avec érythème péripapuleux, par MM. BALZER et POISOT. — Vaccine du sein chez une nourrice, par MM. BALZER et POISOT. — Cancer de la face interne de la joue, guéri sans récurrence plus de trente mois après l'intervention, par M. MORESTIN. (Discussion : M. A. FOURNIER.) — Épithélioma du gland traité par la décortication du gland ; présentation du malade guéri, quatre mois après l'intervention, par M. MORESTIN. — Scléromie de l'adulte avec pigmentation de la muqueuse buccale, par MM. AUDRY et BOYREAU. — La compression veineuse comme moyen diagnostique d'une roséole latente, par MM. J. HORAND et R. HORAND.

Ouvrages offerts à la Société.

L. BROCC. — Traité élémentaire de Dermatologie pratique, 2 volumes. Boïn, 1907.

A. FOURNIER. — La syphilis des honnêtes femmes. Extr. : *Bull. de l'Acad. de Méd.*, oct. 1906.

ED. FOURNIER. — Ostéomalacie syphilitique.

MÉNEAU. — Coup d'œil sur la matière médicale dermatologique de 1890 à 1905. Extr. : *Journal des Maladies cutanées et syphilitiques*, 1906.

GOUGEROT. — Marche de l'infection lèpreuse. Extr. : *Tribune médicale*, mars 1906.

SUQUET. — Epithéliomas cutanés et radiothérapie. Extr. : *Echo méd. des Cévennes*, février 1906.

— Nævo-carcinome traité par la radiothérapie. Extr. : *Ann. d'électrobiologie et de radiologie*, juin 1906.

— Réflexions sur un cas de pelade. *Ibid.*, mai 1906.

UMBERT. — Il pronostico de la syphilis. Extr. : *Revista de Med. y Cirurg.*, 1906.

— Un cas d'hidroa vacciniiforme (Bazin), 1905.

KRZYSZTAŁOWICZ. — Trichophyton, microsporon, favus (en russe). Varsovie, 1906.

— Histologie der idiopathischen diffusen Hautatrophie. Extr. : *Monatsch. für Prakt. Dermat.*, 1906.

— Ein Fall von Neurofibroma cutis multiplex. *Ibid.*

— Ein Fall von Myoma cutis multiplex. *Ibid.*

— Ueber idiopathische multiple Hautsarkomatose. *Ibid.*

— Ein Beitrag zur Rolle des Streptococcus in der Pathologie der Haut. *Ibid.*

KRZYSZTAŁOWICZ et SIEDLECKI. — Contribut. à l'étude de la structure et du cycle évolutif du *Spirochaete pallida*. Extr. : *Bull. de l'Acad. des sciences de Cracovie*, nov. 1905.

— Ueber das Verhältniss des Entwicklungen des Treponema. Extr. : *Monatschr. für Prakt. Dermat.*, 1905 et 1906.

SPITZER et JUNGSMANN. — Ergebnisse von 240 operierten Lupusfällen. 1905.

JUNGSMANN. — Technisch-therapeut. Mitteilungen zur Lupusbehandlung. Wien. Extr. : *Wien. klin. Wochenschr.*, 1906.

SELHORST et POLANO. — Ein Fall von Sarcoma idiopathicum multiplex hæmorrhagicum Kaposi. Extr. : *Arch. für Derm. und Syph.*, 1906.

ADRIAN. — Die Rolle der Consanguinität der Eltern in der Ätiologie einiger Dermatosen der Nachkommen. Extr. : *Dermat. Centralbl.*

OTTO. — Heilstätten für Lupuskranken. Wien, 1905.

A L'OCCASION DU PROCÈS-VERBAL

A propos de l'observation présentée par MM. Nicolas et Favre sous le titre « Sur un cas de pemphigus chronique congénital et familial à forme d'ichthyose bulleuse ».

Par M. LENGLET.

Je désire rappeler, avant d'entreprendre la discussion de l'observation de MM. Nicolas et Favre, que le terme « pemphigus chronique congénital et familial » est synonyme d'épidermolyse bulleuse et que le syndrome de l'épidermolyse bulleuse est entièrement distinct de celui de l'ichthyose bulleuse. Le titre de MM. Nicolas et Favre a donc l'inconvénient de confondre deux variétés morbides

essentiellement distinctes. En effet, le pemphigus traumatique héréditaire et familial à forme non dystrophique a des bulles exclusivement traumatiques, surtout périarticulaires, saisonnières, estivales, il ne s'accompagne d'aucune dyskératose ; c'est à cette forme qu'il faut réserver le nom de « pemphigus traumatique héréditaire et familial » ou mieux encore d'épidermolyse bulleuse, terme nouveau et qui n'a pas comme le vocable « pemphigus », le défaut de fausser d'emblée l'idée qu'on peut se faire de la maladie. Ce n'est pas davantage un pemphigus héréditaire et familial à forme dystrophique, puisque cette variété s'accompagne de kystes épidermiques, d'atrophies cutanées et d'autres dystrophies.

La première partie du titre annonce donc au lecteur des symptômes qu'il ne trouve pas dans l'observation. La seconde partie évoquant le tableau de l'ichthyose bulleuse est-elle plus juste ? Le syndrome ichthyose a pour symptômes dominants, la sécheresse et l'adhérence extrême de squames plates soulevées légèrement aux bords, ces squames respectent les plis articulaires, l'ensemble de la peau paraît atrophique, la sueur, la graisse manquent, les poils ne croissent pas. A s'en tenir à ces caractères fondamentaux, on voit de suite que les observations publiées par divers auteurs sous le nom « d'ichthyoses bulleuses » ne sont pas des ichthyoses. Les unes appartiennent au groupe de l'épidermolyse dystrophique, les autres voisinent avec les érythrodermies congénitales ichthyosiformes, les autres enfin, plus complexes encore, se rapprochent d'autres variétés de dermatoses bulleuses infantiles. Toutes ces pseudo-ichthyoses ont d'importants symptômes qui les écartent des ichthyoses : les squames sont épaissies, grasses, peu adhérentes, elles occupent de préférence les plis, la fonction sudorale est parfois exagérée, existe toujours, les poils et les follets sont de force et d'abondance au moins normales, etc. Ces faits d'ichthyoses bulleuses, et en particulier, le fait que rapportent MM. Nicolas et Favre s'identifient donc, ou du moins se rapprochent, d'autres faits déjà classés et je crois pouvoir revendiquer pour les érythrodermies congénitales ichthyosiformes avec bulles le cas qui fait l'objet de cette discussion. On y retrouve, en effet, la prise des plis, les cubes cornés peu adhérents, laissant voir au-dessous d'eux la rougeur de la peau, l'onctuosité des squames, le développement normal des poils, les adénopathies que j'ai signalées déjà dans une observation personnelle, enfin les bulles spontanées ou traumatiques. Il serait presque à souhaiter que les diagnostics dermatologiques fussent toujours étayés de semblables arguments.

En résumé, l'observation de MM. Nicolas et Favre ne saurait être un pemphigus congénital au sens exact de ce mot, ce n'est pas non plus une ichthyose bulleuse, cette maladie n'existe que pour une analyse

insuffisante et le démembrement des faits qui constituent le groupe incohérent des ichthyoses bulleuses, fait apparaître, parmi d'autres, la variété des érythrodermies congénitales ichthyosiformes à laquelle se rattache l'observation précédente.

Je ne peux donc que répéter ce que j'ai dit ailleurs : si on ne s'astreint pas à dénommer et à classer les dermatoses congénitales d'après leurs symptômes précis, on continuera à confondre entre elles des formes morbides différentes, et on rendra incompréhensible le groupe des dyskératoses congénitales.

Nécrologie.

M. le Président a le regret d'annoncer à la Société la mort d'un de ses membres correspondants : M. le professeur von Neumann (de Vienne), et celle d'un de ses membres titulaires, M. le docteur Merklen, médecin des hôpitaux.

M. le Président rappelle que M. Merklen a été longtemps un des membres les plus assidus de la Société. Pendant plusieurs années, il a été le secrétaire de la direction des *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*. Il était connu et estimé de tous, à la fois par ses connaissances médicales très étendues, par la dignité de son caractère, et par son dévouement aux malades. M. le secrétaire général donnera sur ce très regretté confrère une notice bibliographique plus complète.

Éruption érythémateuse et papuleuse causée par la vanille.

Par MM. BROCC et FAGE.

Nous avons l'honneur de vous présenter, mon interne M. Fage et moi, un cas d'éruption artificielle causée par la vanille. Ce n'est pas un fait nouveau que nous vous apportons, car d'autres auteurs, et en particulier Leyet et J.-C. White ont déjà publié des observations d'éruptions constatées chez les sujets qui manient les gousses de la vanille, mais nous ne croyons pas qu'on en ait encore parlé dans notre Société : c'est ce qui légitime notre communication.

Il s'agit d'une jeune femme de 23 ans, assez bien portante, mais ayant une certaine susceptibilité cutanée puisqu'il y a deux ans elle a eu une éruption d'urticaire après avoir mangé des moules. Depuis une quinzaine de jours elle a été engagée dans une maison de commission pour y trier des gousses de vanille et en faire des paquets. Elle travaille avec 5 autres ouvrières dans une chambre assez aérée mais où règne une forte odeur de vanille. Le mardi 22 octobre elle a vu survenir une éruption de papules rouges sur les mains, les avant-bras, le cou et la face. Le prurit a été intense dès le début et a causé de l'insomnie.

Rapidement l'éruption a augmenté d'intensité, la face s'est tuméfiée, et

bientôt les paupières ont été tellement gonflées que la malade n'a pu ouvrir les yeux. Elle s'est alors décidée à venir à la consultation de l'hôpital Saint-Louis où nous l'avons vue pour la première fois le 26 octobre. Voici quel était son état à cette date.

La figure était rouge, très enflée et de loin donnait l'impression d'un érysipèle; cependant la teinte était d'un rouge moins intense que celle de l'érysipèle vrai: la peau n'était pas lisse et luisante; il n'y avait nulle part de bourrelet d'extension. L'éruption du front et des joues est manifestement grenue, et en la regardant de très près on voit qu'elle est à la fois érythémateuse et finement papuleuse. Les paupières sont très œdématisées, les oreilles sont tuméfiées; le lobule est recouvert de petites croûtes brunâtres. Le cou présente le même aspect. L'éruption s'étend aussi sur le haut du thorax. A la partie postérieure du cou se voient de nombreuses petites papules aplaties, brillantes, qui se détachent sur le fond érythémateux des téguments.

Les mains et les avant-bras sont aussi intéressés. Les paumes des mains sont indemnes, mais sur leur face dorsale on trouve de la rougeur et d'assez nombreuses papules rosées. Sur la face postérieure des avant-bras les papules semblent vouloir se grouper en placards irréguliers, à bords diffus, d'environ deux ou trois centimètres de diamètre. Tout autour d'eux et dans leur intervalle se voient des papules isolées, d'un rouge assez vif, très congestives. Sur la face antérieure des avant-bras l'éruption est moins intense; elle est uniquement composée de papules isolées, moins congestives, ayant une teinte un peu bistre. Sur les bras on trouve quelques papules très disséminées sans aucune systématisation.

Au thorax il y a quelques papules isolées: elles semblent avoir de la tendance à se grouper en placards vers la ligne médiane le long du sternum et vers la naissance du cou. A l'abdomen, aux cuisses, aux jambes existent quelques papules isolées.

L'éruption est prurigineuse, bien qu'elle le soit moins qu'au début.

Dès le 28 octobre, sous l'influence de simples applications d'une pâte inerte, l'amélioration a été manifeste: la face est moins tuméfiée, la malade peut ouvrir les yeux et la rougeur est moins vive. La teinte générale de la figure a de la tendance à devenir un peu bistre, légèrement brumâtre. Il se fait une alopécie sourcilière accentuée qui a débuté par la partie externe des sourcils et qui s'accompagne un peu de desquamation. Les cils sont indemnes.

Le 31 octobre l'enflure du visage a presque complètement disparu: sa teinte est d'un rouge brique tirant sur le jaune. Sur ce fond on distingue encore un semis très serré de papules. Partout ailleurs l'éruption a beaucoup diminué; mais on retrouve encore sur presque toutes ces régions des papules en activité.

Les problèmes que soulève l'étude attentive des éruptions causées par la vanille sont assez ardues à résoudre. Le plus important de tous consiste à savoir si c'est bien la vanille elle-même qui provoque ces éruptions, ou bien si elles proviennent de parasites qui vivent sur elle, ce qui est peu probable, ou bien encore des matières colorantes dont on se sert pour lui donner sa teinte brunâtre, et cette dernière hypothèse paraît au premier abord assez plausible. Nous

pensons, toutefois, que la vanille par elle-même est susceptible de donner lieu à des accidents cutanés. Nous nous proposons d'examiner sérieusement toutes ces questions dans un prochain travail.

Le 7 novembre la malade recommence à travailler à la Villette et à manier de la vanille, et dès le 8 novembre au matin elle a une nouvelle poussée éruptive.

M. HALLOPEAU. — L'éruption de cette malade présente des caractères particuliers. Je crois que toutes les éruptions artificielles produites par des substances diverses ont ainsi un aspect clinique spécial et qui varie selon l'agent provocateur.

M. BROcq. — Il est bien exact que certaines substances peuvent produire dans une certaine mesure des éruptions spéciales, de telle sorte qu'en présence de telle ou telle éruption artificielle on peut reconnaître avec un certain degré de certitude quel en a été l'agent provocateur. Mais les substances toxiques peuvent également donner lieu à des éruptions absolument banales et qui ne permettent pas, par le seul aspect objectif, d'en déterminer la cause.

M. Ed. FOURNIER. — Un certain nombre d'aroidées et d'orchidées ont un suc extrêmement caustique, susceptible de produire des éruptions bien connues des jardiniers. Les gousses de vanille, avant d'arriver à parfaite maturité, laissent suinter à leur extrémité une gouttelette d'un liquide très astringent et peut-être caustique. J'ai même ouï dire que les singes, qui détruisent les plantations de vanille, ne s'attaquent qu'aux gousses tout à fait mûres et qui se sont sans doute débarrassées de cette gouttelette caustique.

M. A. FOURNIER. — Il y a de nombreuses espèces de vanille ; il faudrait savoir si toutes ces espèces sont susceptibles de déterminer des éruptions.

M. BROcq. — Nous avons commencé une enquête au sujet de cette éruption produite par la vanille ; nous en donnerons les résultats complets dans un travail ultérieur. Il est possible que la vanille laisse suinter, comme l'a dit M. Ed. Fournier, un liquide caustique ; mais je rappellerai que l'éruption actuelle a été provoquée par la manipulation de gousses absolument desséchées, soit au four, soit à l'étuve.

Il y a, comme vient de le déclarer M. le Président, de nombreuses variétés de vanille. La vanille de Mexico est la plus recherchée et coûte plus cher que les autres ; or, à Boston, la vanille de Mexico ne donne jamais d'éruption ; la même constatation a été faite à Paris. Les accidents cutanés ne sont produits que par des vanilles inférieures, qui conservent mal leur parfum, qui souvent sont teintées avec la noix d'acajou, et qui coûtent beaucoup moins cher, telles que celles provenant de l'île Bourbon, des Seychelles et des Comores.

Dans les ateliers où on manie les gousses de vanille, un contre-maître nous a déclaré que les plus dangereuses semblent être les gousses qui sont déjà en déhiscence.

Radium et rayons X comparés, dans un cas d'épithéliomatose ; utilisation thérapeutique de l'eau radifère et de l'eau radio-activée.

Par MM. WICKHAM et DEGRAIS.

Le malade que nous vous présentons a été traité par MM. Bécclère et Belot à Saint-Antoine, pour un épithélioma ulcéré du nez, par les rayons X, et pour trois autres lésions de même nature, deux des mains et une de la région temporale, par le radium, sous notre direction.

Voyons d'abord les résultats obtenus par la röntgénéthérapie.

M. M..., Agé de 78 ans, présentait en novembre 1904 une ulcération épithéliomateuse siégeant vers la racine du nez, non loin de l'angle interne de l'œil gauche.

La lésion mesurait environ 1 centimètre de côté.

D'après les notes que M. Belot a eu l'amabilité de nous communiquer, nous voyons que ce malade a été traité du 18 novembre 1904 au 25 mars 1905, soit pendant 4 mois, par la méthode lente ; 5 H. environ à chaque séance au nombre de 14, une tous les 8 jours environ, avec un total de 70 H. absorbées.

Il y a 19 mois que le traitement est terminé.

Aujourd'hui nous constatons une belle cicatrice, lisse, blanchâtre. Une légère dépression existe mais dépend du degré de destruction des tissus par la néoplasie.

La récurrence n'offre de tendance en aucun point et les 19 mois écoulés permettent de parler de guérison complète.

La durée du traitement a été de quatre mois ; ce temps peut paraître long, mais ne tient qu'à la méthode employée. Il n'y avait, en effet, nulle urgence à procéder par la méthode rapide. La méthode lente, qui a agi avec une régularité parfaite, était tout indiquée.

Voici donc une observation de plus qui vient confirmer l'action nettement favorable des rayons X sur une ulcération épithéliomateuse. Voyons, maintenant, quels sont les résultats obtenus par les radiations émises du radium sur des lésions analogues.

Sur les conseils de M. Ceyon, remplaçant de M. Aviragnet, à Sainte-Périne, M. M... vient nous consulter pour deux épithéliomas ulcéro-croûteux, l'un de la face dorsale de la main droite, l'autre de la main gauche.

La lésion de la main gauche a près d'un centimètre de côté, celle de la main droite est moitié plus petite.

Le traitement consiste en l'application directe, sans interposition d'aucune sorte, d'un appareil à sel collé par un vernis spécial.

L'appareil est plat, sa surface est de 1 centimètre carré et contient 0^{gr},01 de sulfate de radium disséminé. Sa radiation extérieure, mesurée par M. Danne, celle qui pénètre dans les tissus, est d'acti-

tivité 200 000, c'est-à-dire que la conductibilité électrique de l'air déterminée par cette radiation est 200 000 fois plus grande que la conductibilité qui serait déterminée par une quantité égale d'uranium; l'uranium étant pris pour unité de mesure.

Pour l'épithélioma de la main gauche, le traitement radio-actif a commencé le 20 juillet 1906 et la dernière application a eu lieu le 22 août 1906.

Pendant ces 33 jours, il y a eu 14 applications de 1 heure environ chacune, et nous aurions pu certainement écourter ce temps si dès le début nous avions fait tomber la croûte, ce que nous n'avons fait que le 10 août. Il y a, en effet, toujours intérêt à débarrasser les lésions de leur croûte dès le début; celle-ci, la plupart du temps, ne se reproduit pas après la première séance et de ce fait la durée du traitement est raccourcie.

A la main droite, les 14 applications n'ont été que d'une demi-heure chaque.

Le 31 août, les néoplasies avaient disparu, et à cette époque il était permis de constater comme aujourd'hui une cicatrice très belle, très fine, souple, rosée, absolument de niveau avec la peau, en somme à peine visible.

Nous serons, par principe, réservés au point de vue de la résistance de cette cicatrice; mais cependant la façon dont elle se comporte depuis 2 mois et demi et l'admirable netteté de son aspect assurent l'absence de récurrence.

En comparant, d'une part, les cicatrices obtenues par les rayons X, et, d'autre part, la durée des traitements suivis, il paraît bien évident que le radium n'a rien à envier aux rayons X.

Ce fait étant établi, ce malade, chez qui nous avons pu faire un parallèle intéressant entre la röntgénéthérapie et la radiumthérapie, a permis à l'action du radium d'être mise plus encore en valeur. Voici dans quelles circonstances.

Lorsque M. M... était venu nous trouver pour ses mains le 20 juillet, il avait à la région temporale gauche une petite saillie, sorte de tanne avec un point noir au centre. Le 28 juillet, cet élément s'était un peu développé et durci.

A partir de cette date, il se fait une *poussée évolutive intensive* au point que le 6 septembre, lorsque nous revoyons le malade, il y a à la tempe une véritable tumeur saillante, rouge, molle, saignant facilement et recouverte d'une grosse croûte. La tumeur s'est épanouie hors de l'élément séborrhéique initial, dépassant de près de 2 centimètres à 2 centimètres et demi la peau, s'étalant sur un diamètre de 3 à 4 centimètres, son pédicule mesurant 2 centimètres de large.

Nous nous trouvons en présence d'un épithélioma à évolution

suraiguë. Les ganglions sont indemnes. Il est donc important d'obtenir un résultat rapide ; sinon, sans tarder il faudrait avoir recours à la chirurgie.

Dès après la première application de radium, la croûte enlevée ne se reproduit plus. Il se forme simplement une sorte de magma facile à enlever avant chaque nouvelle séance. Si bien que telle avait été l'évolution proliférante, telle est aussi la marche rapide vers la guérison.

Le 9 octobre, il ne restait plus qu'une légère croûte, plus de saillie, et le 15 octobre la cicatrisation est obtenue.

C'est donc à une véritable fonte de la tumeur que nous avons assisté, et si nous ne pouvons encore affirmer une guérison totale, les faits étant trop récents, il nous suffit de comparer la photographie (1) prise le 9 septembre à ce que nous voyons aujourd'hui pour reconnaître qu'il y a eu dans le cas présent une action vraiment stupéfiante du radium.

Pour obtenir ce résultat, il nous a suffi, du 7 au 29 septembre, de 13 applications directes de 1 heure chaque.

Nous avons employé un appareil à sel collé, contenant 0^{gr}.04 de sulfate de radium disséminé sur une surface de 4 centimètres de diamètre. La radiation extérieure pénétrante est d'activité 50 000 avec absence de rayons α , 85 à 90 p. 100 de rayons β , et 10 à 15 p. 100 de rayons γ .

Voici de beaux résultats à l'actif d'un des appareils de radium. Il serait intéressant de savoir s'il existe une forme plus économique sous laquelle le radium déterminerait des guérisons analogues. Nous cherchons à atteindre ce but par l'emploi de l'eau radifère en injections, depuis que l'observation suivante est venue nous encourager dans cette voie.

En juillet dernier, notre maître M. Hallopeau nous prie d'essayer l'action du radium sur un lupus de la région cervicale rebelle à toute une série de traitements.

En raison de l'étendue et de la distribution des lésions, en raison de leur nature même, nous avons de suite, après examen du malade, écarté l'idée d'utiliser les applications directes des rayonnements émis par les appareils à radium. Ces appareils, en effet, auraient été en l'espèce peu pratiques ; de plus, le vernis que contient le radium retient la *totalité de l'émanation* et ne laisse passer que peu de rayons α .

Avec l'eau radifère, nous avons un excellent moyen, par le procédé des injections intradermiques, de faire agir en tous points dans la profondeur des tissus lupiques, en plus des rayons β et γ ,

(1) WICKHAM. Notes sur le Radium en thérapeutique. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, octobre 1906.

des rayons α (agents bactéricides comme l'ont montré les travaux de divers auteurs ainsi que nos propres recherches (1).

L'eau radifère est une solution de bromure de radium dans de l'eau distillée. Le sel de radium en solution émet directement, mais en faible quantité, des rayons α , β , γ ; de plus, et c'est là son principal avantage, il émet de l'émanation qui donne des rayons α et crée des radio-activités induites, lesquelles rayonnent à leur tour α , β et γ .

D'après cela, on conçoit que l'eau radifère, ainsi dénommée *radifère* parce qu'elle contient du radium en nature, est en même temps *radio-activée*, par radio-activité induite, c'est-à-dire par l'émanation du radium qu'elle contient.

Il est juste de dire, que si, d'une part, de telles solutions permettent d'utiliser tous les rayons α disponibles, d'autre part la radiation totale en est très minime, ces solutions ne pouvant nécessairement contenir que de faibles proportions de radium.

La méthode des injections intradermiques d'eau radifère n'ayant jamais encore été employée, il était prudent, par crainte de réactions locales ou générales trop vives, de n'entreprendre le traitement tout d'abord qu'avec des doses particulièrement faibles.

La première solution que nous avons employée comportait un milligramme de bromure de radium pour 1000 centimètres cubes d'eau distillée. Plus tard, la solution fut de 1 milligramme de Br. de radium pur pour 100 centimètres cubes d'eau. Un centimètre cube contenait donc dans le premier cas un microgramme, c'est-à-dire un millionième de radium pur, et dans le second un centmillième de radium pur.

Voici, d'après une note de M. Danne, la valeur approximative de ces solutions ;

« Un centimètre cube de ces solutions émet peu de rayons β et γ , mais surtout des rayons α . Il contient pour la première solution 0,0008 gramme-heure d'émanation (quantité plusieurs millions de fois plus grande que la quantité contenue dans les eaux radio-actives naturelles), et pour la seconde plus forte 0,008 gramme-heure d'émanation. Il contient de plus les radio-activités induites correspondantes rayonnant α , β , γ . Ces solutions, quoique faibles, agissent d'une façon continue ; la production d'émanation est constante et est égale à $\frac{0,0008}{3600}$ par seconde pour la première solution, et à $\frac{0,008}{3600}$ pour la deuxième. »

Les injections ont été faites à raison de deux séances par semaine en moyenne. Nous avons injecté de 1 à 2 centimètres cubes de la pre-

(1) WICKHAM, déjà cité.

mière solution à chaque séance (il y en eut douze, du 20 juillet au 30 septembre). A partir de cette époque jusqu'à ce jour, nous avons injecté dix fois 1 à 2 centimètres cubes de la seconde solution.

Les opérations ont toutes été rendues indolores par l'addition de quelques grains de chlorhydrate de cocaïne.

Au cours de ces trois mois de traitement, il ne s'est pas produit de réaction générale.

Localement, à plusieurs reprises la production d'une desquamation a été observée. Il n'y a pas eu pour ainsi dire de réaction locale. L'amélioration des tissus lupiques s'est faite d'une façon lente et régulièrement progressive. C'est principalement la diminution des épaississements de la profondeur qui s'est marquée tout d'abord.

Ce résultat favorable et la simplicité de la méthode qui permet d'atteindre les tissus morbides dermiques en tous points et avec action prépondérante des rayons α sont tout à l'avantage de l'eau radifère, mais nous avons déjà commencé l'emploi d'une méthode plus simple encore, et peut-être plus efficace : c'est l'utilisation d'eau non *radifère*, mais simplement *radio-activée*. Les eaux radio-activées apparaissent comme de grand avenir, surtout celles qui seront fortement activées par condensation par l'air liquide.

Avec la méthode des injections, étant donnée la rapidité avec laquelle l'eau injectée dans les tissus est absorbée par le torrent lymphatique et, par suite, la courte durée du contact des rayonnements avec les tissus, il suffirait pour le meilleur traitement de pouvoir agir fréquemment avec des rayons aussi puissants que possible sans qu'il fût nécessaire que cette énergie radio-active soit de longue durée.

Or l'eau simplement radio-activée peut remplir ces conditions. Elle est obtenue par la mise en contact de l'eau avec l'émanation d'un sel de radium, mais ne contient pas de radium. La radio-activité qui lui est ainsi conférée peut être rendue très forte, d'autre part elle se perd vite en quelques minutes. Ces diverses qualités font de l'eau simplement radio-activée, pourvu qu'elle soit condensée, un moyen *énergique, économique*, et, qui plus est, rassurant, s'il était nécessaire, en ce qui concerne les réactions générales.

De la technique employée pour le traitement de ce cas rebelle de lupus, il résulte que, si par le moyen de l'eau radifère, même à faibles doses, des résultats favorables ont pu être obtenus, on possédera, selon toute apparence, soit par la combinaison des injections d'eau radio-activée condensée, avec les applications directes des rayonnements émis par les appareils à radium, soit par l'eau radio-activée seule, des méthodes de thérapeutique utiles.

On voit par ce qui précède que la radiumthérapie, d'une part, a fait un pas hors de l'empirisme et qu'elle s'éloigne, d'autre part, de la

röntgénéthérapie, puisque des résultats ont été obtenus sous une forme (eau radifère) et avec des rayons (alpha) inconnus de la thérapeutique des rayons X.

M. DANLOS. — Les résultats favorables obtenus par l'emploi du radium dans le cancer cutané sont connus déjà depuis un certain temps.

Dans la séance supplémentaire du 13 mars dernier (1), j'ai moi-même indiqué, à propos de l'épithélioma perlé et de l'acné cancroïdale, qu'après avoir traité avec succès par le radium une trentaine de cas de ces maladies, je considérais leur thérapeutique par le radium comme la méthode de choix.

Je me servais d'une substance d'activité 300 000 enfermée entre 2 lames métalliques, l'une épaisse de cuivre pour protéger l'opérateur et donner de la solidité à l'appareil, l'autre très mince en aluminium (diamètre 1 centimètre 1/2 environ). L'appareil ne fournissait évidemment pas de rayons α mais simplement des rayons β (cathodiques) et γ (R. X) dans la proportion de 80 p. 100 pour les premiers et 20 p. 100 pour les seconds (Curie). Au lieu de faire des applications courtes et répétées, je maintenais le disque radiant 2 à 3 heures à la surface de la peau. Quelquefois il ne se produisait sur la surface traitée qu'un peu de rougeur, plus fréquemment une exulcération peu ou point douloureuse, et le cancroïde régressait. Il m'est arrivé de réussir avec une seule application; plus souvent j'en ai fait deux, à 3 ou 4 semaines d'intervalle. La guérison ainsi obtenue se maintenait généralement après quelques mois (je ne puis dire toujours, n'ayant pas revu tous les malades) et quand il se faisait, ce qui est fort commun dans ce cancroïde, une récurrence de la maladie, ce n'était pas aux points traités.

Quant au traitement par la radio-activité induite, je rappellerai pour mémoire que j'ai, il y a 2 ans déjà, signalé théoriquement ses avantages (2), en m'appuyant sur les mêmes arguments que M. Wickham. Comme lui j'indiquais l'utilisation possible de la médication hypodermique; je mentionnais même l'emploi non seulement de l'eau chargée d'émanation, mais aussi celui de l'air rendu radio-actif; en signalant, d'après des expériences de Bohn, qu'on ne devrait entrer qu'avec quelques précautions dans cette voie thérapeutique.

M. HALLOPEAU. — M. Wickham a, sur ma demande, traité par le radium un lupus datant de plus de 12 ans et qui jusqu'ici avait résisté partiellement à tous les traitements. Je tiens à déclarer que les résultats obtenus sont très encourageants.

M. DANLOS. — Le sujet dont parle M. Hallopeau est un vieux lupique qui a séjourné un peu dans tous les services. Je l'ai eu il y a quelques mois dans le mien, et sans contester absolument l'optimisme de M. Hallopeau, je le trouve peu justifié.

M. BELOT. — Le malade présenté par M. Wickham a déjà eu un épithélioma

(1) *Bulletin de la Société de Dermatologie*, 1906, p. 205.

(2) *Bulletin des sciences pharmacologiques*, février 1904.

que nous avons guéri par la radiothérapie ; je suis heureux de constater que la cicatrice est parfaite et qu'il n'y a pas de récidence locale. Les résultats obtenus par le radium sont très intéressants, mais je crois que les rayons X auraient donné un résultat équivalent. La durée du traitement ne peut être mise en cause puisque le dernier traitement a exigé 13 applications d'une heure chacune ; tandis que la guérison du premier épithéliome par les rayons X avait demandé 15 séances de 10 minutes chaque.

Le radium et les rayons X sont faits pour s'aider ; on peut compléter la radiothérapie par l'application du radium dans les points peu accessibles aux rayons X.

A cette occasion, je sou mets à l'examen de la Société un certain nombre d'appareils que j'ai fait construire pour les applications de radium.

M. BÉCLÈRE. — Les ampoules radiogènes émettent un mélange de rayons pénétrants et de rayons peu pénétrants, qu'on peut déterminer à l'aide d'un radiochromomètre de Benoist. Or les sels de radium donnent également un mélange de rayons, désignés sous le nom de rayons α , β et γ , qu'on peut aussi déterminer par le radiochromomètre de Benoist.

Je ferai remarquer que ces sels de radium qui se montrent si actifs sur les lésions superficielles, sont très inférieurs aux rayons de Röntgen quand il s'agit de lésions tant soit peu épaisses ; leur grand avantage est de pouvoir être employés sur des points difficilement accessibles aux rayons X.

M. WICKHAM. — Il ne faut pas que ceux d'entre nous qui étudient plus spécialement une méthode thérapeutique — je parle pour moi — se laissent entraîner au défaut des spécialisations. Il ne faut jamais perdre de vue le malade et son meilleur bien.

Les rayonnements du radium n'ont aucunement la prétention de porter atteinte aux rayons X ; ils viennent développer les moyens d'action des praticiens ; et ceux qui ne posséderont pas les rayons X, pourront employer le radium avec avantage dans certains cas. D'autre part, les rayonnements radio-actifs pourront utilement, en certaines circonstances, unir leur action à celle des rayons X en allant agir dans des régions où les rayons X ne peuvent aller.

Certaines lésions seront, nous le pensons, plus vite et mieux traitées par le radium.

Bref, il y a là deux méthodes qui seront meilleures l'une que l'autre dans certains cas, et qui dans d'autres pourront utilement s'unir.

Je ne pense pas que l'expression de M. Béclère qui considère le radium comme uniquement une « édition de poche » des rayons X soit entièrement justifiée.

La physique nous montre en effet que le radium dispose, par l'émanation et les rayons α et β , d'énergies inconnues aux rayons X. Pourquoi les réactions biologiques ne diffèreraient-elles en proportion de ces dissemblances physiques ?

En ce qui concerne le reproche fait au radium de ne pouvoir exercer son action que sur des étendues restreintes, je rappellerai que d'une part le même appareil peut être promené sur un grand nombre de places contiguës, — voilà pour les étendues en surface — et que, d'autre part, les injections de

Chéloïdes énormes des deux mains
 Il y a 5 ans à la suite de brûlure. Tout
 depuis 3 ans : chaque ablation avec suture
 vivant; les scarifications superficielles ou
 nécessitaient la chloroformisation; répétées
 amené qu'une régression peu marquée et de
 lésion au rasoir suivie de scarifications n'avait
 radiothérapie seule à 3 doses de une teinte pro-
 plusieurs points, mais non la guérison. Une
 fait naître en peau saine autour de la chéloïde
 tissu chéloïdien.

radiothérapie : au bout de 10 mois nous atten-
 ds que régulièrement cette repullulation suivait
 Deux chéloïdes sont ainsi traitées avec succès
 espoir d'une indemnité (l'accident étant un acci-
 defuser un traitement aussi radical des autres

Chéloïde de l'épaule à la suite de brûlure, d'environ
 5 prolongements et traînées chéloïdiennes.

la radiothérapie seule : 3 teintes en séances à
 amènent une régression. Puis la lésion reste station-
 3 séances suivantes, toujours à 15 jours d'intervalle et
 ne.

dose 2 mois; on fait l'ablation totale et immédiatement
 1 teinte 15 jours après, et une dernière teinte
 Pas de récurrence 5 mois après.

Chéloïdes multiples secondaires à des syphilides ulcéreuses
 présenté à la Société, décembre 1905. *Annales*, p. 963).
 autoplastie de plusieurs chéloïdes de la tête avait été suivie
 lente à se reproduire et incomplète d'ailleurs.
 apie seule en 3 séances de 1 teinte amène une régression
 des douleurs (1).

l'un large élément de l'avant-bras très douloureux, suivie de
 3 séances de 1 teinte, n'est pas suivie de récurrence 6 mois après.
 avec succès 2 autres éléments particulièrement douloureux.

— *Chéloïde de l'avant-bras et du coude droit à la suite de brûlure*
 M. Jeanselme, au courant de nos essais, a eu l'obligeance de

des enveloppent le coude en avant et en arrière, la chéloïde
 la plus grosse des deux, est enlevée chirurgicalement le 20 avril;
 facile, ne tient pas; les jours suivants les lèvres s'écartent, et l'on
 occide une plaie de toute la largeur de la chéloïde enlevée. Là
 a été faite suivant la règle établie par les autres cas (3 séances);

lyse et la haute fréquence essayées sur d'autres éléments chéloï-
 même malade n'ont pas donné de résultats appréciables.

la cicatrisation de cette large surface cruentée est lente et terminée à la fin de juin, la cicatrice encore tendue est souple et surtout la malade n'y ressent pas les élancements et douleurs qui la tourmentent aux autres chéloïdes, et qui annoncent toujours la récurrence. Malgré la date encore toute récente, nous sommes donc en droit d'espérer une guérison complète, et le fait est d'autant plus intéressant que l'ablation fut sans sutures et laissa une large plaie. On peut donc espérer de bons résultats même des cas où les chéloïdes seront si étendues que la suture serait impossible, à moins d'une autoplastie compliquée, où les lèvres de la plaie seront laissées écartées, et la cicatrisation forcément lente.

La radiothérapie appliquée en même temps sur la chéloïde postérieure non encore enlevée en a amené la régression incomplète, mais les douleurs persistent.

On voit, en résumé, que l'exérèse combinée à la radiothérapie semble avoir donné des résultats durables, et que ce traitement simple et facile, *rapide et peu douloureux*, est la méthode de choix.

Notes complémentaires sur l'évolution de la radiodermite chronique.

Par MM. DE BEURMANN et GUGEROT.

Ce malade, après une longue période de radiodermite chronique, étudiée ici même (décembre 1903, p. 964) 7 ans après le début des radio-expositions, 38 mois après leur cessation a vu se greffer sur cette radiodermite un épithélioma (1^{re} note).

La pièce opératoire a été l'objet d'une minutieuse étude histologique; elle a permis de fixer l'anatomie pathologique de la radiodermite chronique (2^e note) jusqu'ici encore peu étudiée chez l'homme et de surprendre la transformation insensible de la radiodermite en cancer (3^e note). Cette transformation a une haute portée en pathologie générale, car elle semblerait prouver qu'une irritation physique non parasitaire suffit à créer le cancer.

L'étude de la radiodermite chronique nous paraît maintenant aussi complète que possible : seule manque encore la reproduction expérimentale de l'épithéliomatisation sur l'animal.

1^{re} NOTE. — CANCER CUTANÉ A LA SUITE DE RADIODERMITE PROFESSIONNELLE.

Ces faits, encore rares, commencent à être connus : plusieurs auteurs en font mention. Brocq cite la tendance à l'épithéliomatose des productions verruqueuses (1). Belot rapporte (p. 155 de sa

(1) Il cite la statistique de Mendes da Costa observant sur 71 lupus radio-exposés 7 épithéliomas consécutifs (*Revue des maladies cutanées syphilitiques et vénériennes*, juillet 1905, p. 224). Ces cas n'ont pas la même valeur que l'épithélioma sur radiodermite professionnelle, car on sait que parfois sur le lupus se greffe l'épithélioma.

thèse) que M. Brocq « a bien voulu nous communiquer deux cas d'épithéliomas cutanés survenus chez des médecins s'occupant de radiologie ». M. Sabouraud écrit dans sa *Dermatologie topographique*, p. 393 : « Deci, de là naît un état verruqueux plus ou moins accusé de la peau, *épithélioma* ordinairement torpide, mais qui a pu obliger à une intervention chirurgicale et à l'ablation d'un ou plusieurs doigts. »

M. Thibierge, M. Sottas disent en avoir observé (*Annales de Dermatologie*, 1903, p. 961 et 962).

Ce sont des mentions de fait plutôt que des observations. L'examen histologique n'a pas toujours été fait, et en son absence le doute est permis, il faut se rappeler avec M. Darier l'aspect pseudo-épithéliomateux de certaines ulcérations radiodermiques, l'histologie réprouvant les craintes de la clinique.

Dans leur remarquable étude de la radionévrite (Congrès de Dermatologie, Berlin, 1904, II, p. 437), Gaucher et Lacapère rapportent des observations détaillées de cancer sur radiodermite : Obs. I. — « En d'autres endroits se formaient de petits papillomes qui se recouvraient d'une croûte épaisse et adhérente. Lorsque le malade arrachait ces croûtes, les ulcérations ainsi formées ne se cicatrisaient qu'avec une grande lenteur. Depuis 10 mois, il existe sur le dos de l'index droit une plaie qui présente l'aspect typique de l'épithélioma. C'est à la suite d'un traumatisme accidentel que l'ulcération s'est formée. Elle s'est depuis cette époque, agrandie peu à peu. Ses bords sont infiltrés, durs, cartilagineux même ; son fond est bourgeonnant et laisse suinter une sérosité qui devient rapidement fétide. » En juillet 1904 on ne constatait pas d'adénopathie ; en décembre 1904, l'ulcération s'est encore étendue et le ganglion épitrochléen est pris.

Dans leur observation résumée en note : « Depuis quelques mois, à la suite d'une radiodermite datant de 7 ans, l'extrémité de l'index droit est atteinte d'une ulcération bourgeonnante qui a rongé l'extrémité de la phalangette et qui présente, comme l'ulcération du malade précédent, tous les caractères de l'épithélioma. »

OBSERVATION. — Ce malade a déjà été présenté en décembre 1903 à la Société de Dermatologie ; il avait usé et abusé de radiographie de mars 1898 à décembre 1902, les mains restant pendant plus de 18 mois exposées de 6 à 8 heures par jour aux radiations. Nous le suivons depuis janvier 1904 et nous avons pu fixer les stades principaux de l'évolution de cette radiodermite : 1^{re} phase de dermite artificielle (coup de soleil radiographique), 2^e phase de troubles tropiques et névritiques définitifs par radionévrite ; malgré la cessation de toute radio-exposition depuis plus de trois ans, les troubles persistent.

Ces troubles tropiques créent les ulcérations ou plutôt favorisent les infections qui sur ce terrain spécial aboutissent à des ulcérations profondes

très lentes à guérir ; nous avons pu surprendre le début de plusieurs d'entre elles, les suivre de jour en jour et les voir toutes se cicatriser sauf celle du 5^e doigt gauche (moulage 2448 : oct. 1903). Cette ulcération creuse dénude le tendon extenseur, le détruit, ouvre l'articulation des 3^e et 2^e phalanges que l'on voit béante et pleine de pus ; alors que sa partie supérieure se cicatrise, elle s'étend à la partie inférieure. L'extrême lenteur de l'ulcération, son extension à la partie inférieure nous font conseiller l'ablation au malade, qui, effrayé par un exemple trop connu, s'y refuse obstinément. Nous revoyons le malade environ tous les 15 jours, quand en février 1906 l'aspect de cette ulcération se modifie. Jusque-là elle était creuse, le fond était presque plat, un peu tomenteux et pseudo-membraneux, le bord dur, taillé à pic, était rouge violacé ; à ce moment, 7 ans après le début des radio-expositions, 38 mois après leur cessation, la partie inférieure autour de la serti-sure unguéale se met à bourgeonner. Peu à peu les bourgeons irréguliers s'accroissent lentement, rosés, saignants, et saillants.

En avril 1905, toute l'extrémité inférieure de la 3^e phalange du 5^e doigt est bourgeonnante, les bourgeons irréguliers et saillants, durs, enveloppent la serti-sure de l'ongle qui semble perdu au milieu d'eux, ils remontent jusqu'à la partie inférieure de la 2^e phalange, envahissant toute la face dorsale de l'extrémité du doigt, la partie supérieure de l'ulcération semble cliniquement indemne, conservant ses caractères primitifs d'ulcération creuse pseudo-membraneuse, histologiquement cette partie est déjà envahie. La face palmaire est saine. Les ganglions sus-épitrochléens et axillaires ne sont pas palpables. C'est le cancer cutané le plus typique que l'on puisse voir cliniquement et histologiquement.

Le 25 avril 1906, le malade s'y étant décidé, l'amputation du 5^e doigt et de la moitié inférieure du 5^e métatarsien est pratiquée par Rabinowitch, interne du Dr Rochard. Malgré le peu de vitalité du lambeau (radionévrite) la cicatrisation est rapide. Le malade, revu à plusieurs reprises, paraît guéri de son épithéliome (novembre 1906).

Mais les autres lésions de radiodermite chronique persistent sans modification, immobilisées, semblant définitives, toutes les ulcérations infectieuses ou nécrotiques sont cicatrisées.

Qu'il s'agisse ici de cancer, le fait est pour nous incontestable, *l'identité clinique et histologique absolue avec les cancers cutanés à type d'épithélioma pavimenteux lobulé* en est la preuve. Cliniquement et histologiquement c'était l'épithélioma le plus typique que l'on puisse voir : les coupes que nous présentons ne laissent aucun doute. Et tous les histologistes à qui nous les avons montrées ont été sans hésitation : Bourgeons cancéreux énormes à globes épidermiques et monstrueux envahissant toute l'épaisseur des doigts, formant des nappes lobulées de 20 à 35 millimètres, envahissant l'ongle, l'os, les tissus profonds, cheminant autour des vaisseaux et nerfs et que nous retrouvons au loin sous forme d'embolies cellulaires dans quelques lymphatiques des parties non cancéreuses sus-jacentes atteintes de radionévrite.

L'absence d'envahissement ganglionnaire et de métastases ne saurait être une objection, car les observations d'épithéliomas cutanés pavimenteux à généralisation se comptent et jamais on a refusé la nature cancéreuse à ces tumeurs parce qu'elles n'embolisent pas.

Rien ne distingue celles qui embolisent de celles qui ne le font pas. Ici dans ce cas ne voyons-nous pas les *capillaires lymphatiques envahis, loin du cancer, par les cellules épithéliomateuses*, ce qui est la marque du début de la généralisation? Donc, à moins de refuser aux épithéliomas qui ne se généralisent pas (et certains, impossibles à distinguer, se généralisent) l'épithète de cancer, l'épithélioma, que nous avons observé, est un cancer. Dominici, qui nous a aidés à examiner ces préparations, admet que cette tumeur est incontestablement un épithélioma lobulé corné.

Nul doute qu'un jour, un cas négligé d'épithélioma à la suite d'une radionévrite ne vienne, en se généralisant, faire tomber toutes ces objections, et M. Bécclère le jour même de la séance a bien voulu nous communiquer un cas de récurrence et généralisation.

Nous avons donc émis, à la suite de cette observation, les conclusions suivantes sur l'évolution de la radiodermite chronique :

La radiodermite professionnelle grave passe par deux périodes :

1° *La première de Dermite*, caractérisée par la tuméfaction, l'épaississement, l'exagération des plis cutanés, la desquamation craquelée (moulagé 2 384), *susceptible de régression et curable.*

2° *La deuxième de troubles trophiques radionévritiques, lésions définitives incurables*, caractérisées par l'atrophie lisse des téguments avec disparition des plis cutanés par un mélange d'érythème, de dilatations capillaires, de places décolorées blanches, de taches brunâtres, hyperpigmentées, de desquamation imperceptible, sauf en certains points où l'épiderme épais, caillouteux, incruste la peau (1).

Cette deuxième période de troubles névritiques peut être compliquée d'ulcérations, les unes d'origine microbienne, les autres nécrotiques par endovascularite oblitérante, très longues à guérir.

3° L'épithélioma pavimenteux lobulé peut s'y greffer, ajoutant encore au sombre pronostic des radiodermes professionnelles. Cliniquement et histologiquement il ne se distingue pas des autres épithéliomas cutanés. Le cancer a même tendance à rester localisé, aussi peut-on

(1) L'analogie relevée entre les troubles trophiques de la 2^e période (radionévrite) et le *xéoderma pigmentosum* semble se compléter par l'addition de ces dégénérescences épithéliomateuses.

espérer qu'une opération large et précoce mettra à l'abri de récurrence et des métastases que l'on sait si rares dans l'épithélioma pavimenteux lobulé de la peau.

Tel est le fait clinique et anatomique, pour nous incontestable : développement d'un cancer cutané (épithélioma pavimenteux lobulé) à la suite de radiodermite chronique.

Il prête à plusieurs réflexions et discussions :

Quel est le rapport unissant la radiodermite et l'épithélioma ?

Est-ce simple coïncidence ? Est-ce prédisposition ? l'irritation chronique créant un terrain favorable à la cause encore inconnue, microbienne (coccienne, mycosique) ou non, qui crée le cancer ? Ici on pourra toujours prétendre qu'il y a eu surinfection de l'agent du cancer. — La radiodermite peut-elle créer de toutes pièces par elle seule l'épithélioma ? C'est ce que l'histologie nous inclinerait à penser en nous montrant tous les stades de transformation de l'épithélium lésé de la radiodermite en cancer, en passant par l'intermédiaire du papillome. (Voir 3^e note.)

Le papillome est une des lésions habituelles de la radiodermite ; ce sont des épaissements de la couche cornée se traduisant par des incrustations gris sale « caillouteuses ». La plupart des auteurs les signalent, elles sont particulièrement nettes dans notre cas, dans le cas de Gaucher, dans le cas de Jeanselme (*Annales de Dermatologie*, 1905, p. 962 ; *Tribune médicale*, 1905, p. 823). « En plusieurs points, dit cet auteur, la peau normale et les îlots ectasiés sont surmontés de petits placards cornés verruqueux et papillomateux. »

Nous aurions tendance à admettre, jusqu'à preuve du contraire, puisque tout est pour cette hypothèse, que *l'irritation physique röntgénienne longtemps prolongée suffit à provoquer l'atypie cellulaire monstrueuse* de l'épithélioma (1).

L'épiderme épaissi dans la radiodermite chronique, papillomateux en plusieurs points, évolue lentement, peu à peu vers l'atypie : à chaque karyokinèse la cellule s'éloigne du type harmonieux naturel, se rapproche de la cellule monstrueuse par une sorte d'accumulation lente et progressive des effets irritatifs. Ce point est d'importance capitale s'il venait à se confirmer, puisqu'il prouverait qu'une irritation mécanique quelconque (ici physique) suffit au développement du cancer, il ruinerait la théorie microbienne exclusive du

(1) Pour Dominici ce fait « démontre une fois de plus que des irritations chroniques prolongées de nature différente appellent le développement de tumeurs malignes de même type. L'évolution maligne est-elle directement causée par les rayons X ou préparée par leur action ? C'est là une question de Dominici qu'on ne peut pas trancher. »

cancer et confirmerait les idées de M. Ménétrier exposées dans cet article magistral si lumineux du Traité de pathologie générale de Bouchard, sur la multiplicité et la non spécificité des causes des cancers.

2^e NOTE. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA RADIODERMITE CHRONIQUE
(En collaboration avec M. Dominici.)

Travail du laboratoire du Dr Sabouraud.

Cette étude est, croyons-nous, la première étude complète d'un cas de radiodermite *chronique humaine* avec examen des plans *profonds*, en particulier des paquets vasculo-nerveux.

Elle nous a été possible grâce à l'ablation large du cancer, la pièce comprenant le 5^e doigt et la moitié inférieure du 5^e métacarpien. Les fragments examinés étaient : l'extrémité de la raquette opératoire, c'est-à-dire le milieu du dos de la main et la partie toute supérieure du revêtement cutané de la 1^{re} phalange, toutes deux les plus éloignées du cancer; ces lésions diffèrent des radiodermes aiguës et se rapprocheraient des troubles trophiques névritiques. Elles s'éloignent des processus inflammatoires.

L'épiderme est épaissi, surtout dans sa couche cornée et granuleuse et augmente peu à peu à mesure que l'on rapproche de l'extrémité digitale, le derme et la couche sous-papillaire sont plus *denses* et paraissent amincis avec légère atrophie des fibres élastiques; le derme et l'hypoderme sont parcourus de *traînées cellulaires* périvasculaires successivement étroites et renflées tranchant en bleu sur le fond conjonctif rose vif du stroma; cette infiltration est très discrète, elle résulte de la transformation lymphoïde du tissu conjonctif; les vaisseaux sanguins, artères et veines sont atteints de *mésovascularite* intense, plus marquée encore pour les gros vaisseaux de l'hypoderme que pour les petits vaisseaux du derme; les capillaires lymphatiques du derme sont dilatés; les nerfs sont le siège de *péri et endonévrite* interstitielle intense avec atteinte moins marquée des fibres nerveuses (névrite parenchymateuse). Donc névrite totale.

Cette constatation histologique des lésions vasculaires et surtout nerveuses (1) éclaire la pathogénie de la radiodermite chronique apportant la preuve de la *radionévrite* soutenue par le Prof. Gaucher (1904) et que l'étude clinique nous avait amené à adopter (*Annales*, 1905, p. 961). Les lésions du deuxième stade de la radiodermite chronique sont donc avant tout des troubles trophiques d'origine

(1) Ces lésions ont été constatées loin de l'épithélioma à 3 et 4 centimètres de son bord supérieur et semblent bien n'être pas des lésions dues au cancer.

nerveuse (névrite de rameaux *terminaux lésés en même temps que le tégument* par les radiations).

(Fixation au sublimé iodé et à l'alcool. Coloration à l'éosine orange-bleu; à l'hématoxyline-éosine-orange; Van Gieson; orcéine-éosine-bleu-tannin-orange; bleus; Prenant.)

Épiderme : L'épiderme semble plutôt épaissi, le stratum corneum, le stratum granulosum sont épaissis (5 à 6 rangées de cellules granuleuses), le stratum lucidum se détache plus nettement que normalement par sa teinte orangeophile entre le stratum corneum éosinophile et le stratum granulosum à grains basophiles. Les cellules de la couche de Malpighi s'hypertrophient et celles de la germinative sont en certains points au moins plus cylindriques que normalement.

Donc légère hyperkératose sans parakératose; pas d'exocytose ni d'exosérose.

Les *papilles* ont une structure plus dense, les faisceaux conjonctifs sont épaissis et rapprochés les uns des autres, les fibres élastiques paraissent plus grêles, les cellules fixes sont hypertrophiées : leurs noyaux se tuméfient tout en conservant une texture délicate, certains deviennent bourgeonnants. Les capillaires sanguins et surtout lymphatiques sont dilatés avec tuméfaction de leurs cellules endothéliales qui deviennent saillantes, ils contiennent des mononucléaires qui émigrent dans le tissu interstitiel. Cette réaction conjonctive sans endovascularite et sans œdème est donc très différente du processus inflammatoire phlegmasique.

Corps sous-papillaire : Structure dense parce que les faisceaux conjonctifs sont serrés les uns contre les autres. Les fibres élastiques sont de structure normale, mais paraissent plus nombreuses et plus serrées. Les cellules fixes sont en réaction, leur chromoplasma reparaît et devient en certains points vacuolaire; les unes sont triangulaires, munies de prolongements et anastomoses chromophiles visibles, dessinant un réticulum cellulaire à travées étroites, à très larges mailles; les autres, moins nombreuses, prennent l'aspect de grandes *cellules rameuses*, leur protoplasma pousse de fins prolongements terminés par un bouton renflé (début de *clasmatose*). Quelques-unes ont un noyau, qui au lieu de rester compact, s'élargit, s'incurve et se lobe, devenant même *bourgeonnant*, la chromatine en reste délicate à travées fines avec grains de chromatine très fins dont les plus gros contiennent le ou les deux nucléoles.

Dans les mailles du réseau discontinu des cellules fixes, dans les intervalles des faisceaux conjonctifs se disséminent quelques cellules migratrices, de taille inégale, plus nombreuses que normalement, très clairsemées, ne formant que de rares nodules. Elles sont de types très variables : les unes sont des lymphocytes, les autres des grands mononucléaires vacuolaires, les autres ressemblent à de gros mononucléaires à chromoplasma basophile, à noyau arrondi ou lobé, fortement charpenté, à gros grain central et périphériques volumineux (type *macrophage*); quelques-unes ont le type *clasmatoocyte*.

Derme : Même structure dense, même réaction des cellules fixes. Les cellules migratrices sont de même type, le plus souvent isolées, elles s'agglom-

mèrent parfois en *petits nodules* ou en minces travées irrégulièrement courbées bi- et trifurquées. Cette infiltration discrète s'est faite *autour des vaisseaux* sanguins et lymphatiques à endothélium tuméfié, tantôt encerclant complètement le vaisseau, tantôt rien qu'un segment. Autour des vaisseaux dans les nodules d'infiltration le tissu conjonctif a pris le type *réticulé* par hypertrophie et anastomose de ses cellules et régression du collagène. Ce réticulum contient donc les cellules migratrices tantôt rares et clairsemées (nodule clair), tantôt nombreuses et serrées voilant le réticulum cellulaire conjonctif sous leur amoncellement (nodule sombre). Parmi ces mononucléaires d'infiltration, petits et grands, certains se transforment en *plasmazelle*, les grains chromatiniens périphériques de leur noyau s'épaississant et prenant la disposition radiaire caractéristique, le protoplasma devenant plus basophile : quelques amas cellulaires forment ainsi des *plasmomes*.

L'*hypoderme* est aminci, à travées scléreuses fines mais denses, limitant des lobules adipeux plus étroits. Il contient de très rares amas et trainées cellulaires. Les vaisseaux et nerfs y sont plus lésés que dans le derme. Les glandes sébacées sont introuvables, les glandes sudoripares réduites à des tronçons de tubes pleins le plus souvent.

Vaisseaux : Tous les petits vaisseaux du derme, artérioles et veinules, les capillaires lymphatiques ont une hypertrophie manifeste de leur paroi : hypertrophie de l'endothélium (saillie des noyaux, et fusion des protoplasmas en une bordure commune), épaississement de la gaine conjonctive.

Les vaisseaux un peu plus gros, artérioles et veinules, sont extraordinairement épaissis, surtout à la limite du derme et de l'hypoderme et dans l'hypoderme. L'épaississement de la tunique moyenne est colossal (*méso-vascularite*) et porte surtout sur les *fibres musculaires lisses* circulaires. Ces fibres sont élargies, allongées, très hypertrophiées, séparées les unes des autres par de fines fibres collagènes et de très grêles fibres élastiques ondulées, parallèles et perpendiculaires aux fibres musculaires, dessinant donc un fin treillis; les noyaux des fibres musculaires sont énormes, souvent même bourgeonnants et segmentés en lobules (aspect très différent des noyaux plissés par rétraction des parois vasculaires distendues, car chaque lobe renferme un gros grain de chromatine central). Les cellules conjonctives de cette tunique moyenne si épaissie sont hypertrophiées. — La tunique externe est épaissie : faisceaux collagènes denses et cellules conjonctives tuméfiées. — La tunique interne est la moins épaissie : sur la limitante élastique normale reposent des cellules endothéliales tuméfiées à protoplasma basophile, à noyau agrandi renfermant un gros grain de chromatine central; quelques-unes devenant piriformes tendent à se détacher et font saillie dans la lumière par une extrémité globuleuse. Certaines veinules ont une tunique interne plus épaisse à 5 ou 6 rangs de cellules conjonctives avec membrane élastique dissociée et multipliée. Cette méso-vascularite si intense est donc très différente des vascularites infectieuses où l'endo-vascularite domine, la réaction de l'endothélium est ici tout autre.

Nerfs : Les nerfs sont hypertrophiés en raison de l'hypertrophie de leurs tuniques conjonctives et de la tuméfaction de leurs cellules conjonctives. Le périnèvre est épais, formé de faisceaux collagènes denses et larges avec quelques cellules tuméfiées et de très fines fibres élastiques, la bande inté-

rière de tissu conjonctif lâche et respectée; l'endonévrite est intense, les fibres collagènes fines, serrées, dessinent un fin treillis à fines mailles contenant 1 ou 2 fibres nerveuses. Les cellules conjonctives plus nombreuses que normalement sont allongées. On note parfois une mastocelle. Les fibres nerveuses, la plupart petites, sont amincies, leur gaine semble intacte, l'axone est conservé peut-être plus étroit et inégal.

Plusieurs des petits nerfs du derme, tous très sclérosés, sont engainés d'une traînée de lymphocytes qui pénètrent parfois dans l'endonèvre.

A côté de cet aspect habituel du tégument dans la radiodermite chronique on note des points à épiderme et derme amincis répondant aux taches blanches atrophiques : l'amincissement porte surtout sur la couche de Malpighi réduite à 6 et même 4 assises, la couche cornée et le stratum granulosum restent épaissis.

On note des points à épiderme épaissi hyperkératosique répondant aux incrustations caillouteuses ou papillome, — enfin des points angiomateux répondant aux fines ectasies vasculaires.

Le tissu osseux paraît moins dense et plus fragile, peut-être légèrement atrophie, les articulations semblent saines, les tendons sont normaux.

L'étude des vaisseaux et nerfs a été complétée par les coupes en série des paquets vasculo-nerveux, droit et gauche, collatéraux du doigt. Mêmes lésions des vaisseaux et nerfs.

La périnévrite scléreuse est plus accentuée alors que l'endonévrite toujours intense semble moins prononcée.

La méso-vascularite avec hypertrophie colossale des fibres musculaires lisses est toujours très marquée : une des artérioles dorsales large de 2 millimètres environ a sa tunique musculaire en dégénérescence hyaline. L'une des collatérales palmaires large de 3 millimètres environ, a, outre sa péri- et méso-artérite, une *endartérite* fibreuse intense presque oblitérante en certains points (lumière de 30 μ) ; l'endartère est plus épaissi que le mésartère déjà si large; l'endartère est formé de deux couches nettement distinctes en plusieurs points (Van Gieson), confondues par ailleurs : la première et la plus large, contenue dans un dédoublement de l'élastique interne, est formée d'un treillis irrégulier et serré de fines fibres collagènes et de très grêles fibres élastiques emprisonnant de nombreuses cellules conjonctives à noyau allongé, plus ou moins serrées jusqu'à constituer parfois des sortes de bourgeons saillants (endartérite inégale partielle). La 2^e couche, plus étroite, est formée de faisceaux collagènes épais dégénérés (prenant plus l'acide picrique que la fuchsine du Van Gieson); dépourvue de fibres élastiques, elle contient quelques cellules conjonctives tuméfiées. La lumière très étroite est bordée d'une rangée de cellules endothéliales tendant à desquamer.

Même dans les régions profondes (palmaires) la mésovascularite, l'endopérinévrite restent donc intenses.

Ce processus de radiodermite chronique diffère du processus des radiodermites aiguës bien connu aujourd'hui, grâce aux travaux de Darier, Scholtz, Lion, et la récente étude de Dalous et Lasserre (*Annales de Dermatologie*, 1905, p. 305).

M. Darier avait constaté un épaississement de tout l'épiderme

avec prédominance manifeste sur les couches granuleuse et cornée, les lésions du tissu conjonctif étant minimales. Nous voyons au contraire la radiodermite chronique ne pas se borner à l'épithélium (radio-épithélite), mais atteindre les plans profonds.

La réaction épidermique est, elle aussi, différente : dans la radiodermite aiguë, « altérations prédominantes de la couche génératrice, gonflement et vacuolisation des éléments cellulaires, coïncidant avec l'épaississement de l'épiderme et la vasodilatation (Lion) ». Dalous et Lasserre insistent sur l'atrophie de l'épiderme, avec épaississement de la granuleuse, expliquée par l'altération profonde des assises génératrices se traduisant par l'amincissement de l'épiderme, la disparition des cônes interpapillaires, le peu d'adhérence au chorion et la tendance à la phlycténisation ; la vacuolisation des cellules malphigiennes ; les altérations de la couche génératrice dont les cellules sont écartées les unes des autres par des espaces vides » (colonnettes, palissade) (Lion).

3^e NOTE. — ÉTUDE HISTOLOGIQUE DE LA TRANSFORMATION CANCÉREUSE.
(En collaboration avec M. DOMINICI).

Cette étude de la transformation progressive des lésions de la radiodermite chronique en épithélioma est d'importance capitale pour appuyer l'hypothèse de la nature irritative röntgénienne de ces cancers. Le cas est ici démonstratif, car on a pu surprendre toutes les transitions. Ce semble être le premier fait de radiodermite où l'histologie ait pu suivre pas à pas cette transformation.

La pièce enlevée chirurgicalement comprenait une large zone de tissus non cancéreux. De haut en bas, la face dorsale du doigt et du dos de la main a été découpée en lanière dont les fragments superposés comprennent toute la longueur du doigt ; tout le tégument a donc été examiné de haut en bas et on a pu saisir toutes les transitions ; les fragments ont été numérotés du poignet vers l'extrémité digitale : fragments 1 et 1 bis, zone de radiodermite simple étudiée dans la 2^e note ; fragment 2, zone de transition entre la radiodermite et le papillome (ce point étant particulièrement important, un autre fragment (2 bis) a été prélevé à côté du 2^e au même niveau, il a donné les mêmes résultats) ; fragment 3, zone de transition entre le papillome et l'épithélioma ; fragment 4, épithélioma à surface non bourgeonnante ; fragment 5 et 6, gros bourgeons cancéreux. Tous ont été fixés à l'iodochlorure et colorés à l'éosine bleue, hématoxyline, Van Gieson, orcéine, etc.

FRAGMENT 2 ET 2 BIS. — ZONE DE TRANSITION ENTRE LA RADIODERMITE ET LE « PAPILLOME ».

Ces coupes comprennent donc deux parties : l'une proximale de radiodermite, l'autre distale de papillome naissant.

La première partie est tout à fait semblable aux fragments 1 et 1 bis : radiodermite simple.

Dans la zone intermédiaire l'épiderme s'épaissit encore.

Dans la deuxième partie (papillomateuse), l'épiderme est très augmenté, doublant, triplant d'épaisseur, ses cônes interpapillaires sont hypertrophiés, allongés et élargis, la couche cornée conserve la même épaisseur, la granuleuse de 4 à 5 assises passe à 7 et 9. Le corps muqueux surtout est très épaissi, atteignant jusqu'à 30 cellules; ces cellules sont un peu plus grosses, plus basophiles, à noyau basophile avec gros nucléole, à anastomoses basophiles. Il n'y a pas d'atypie cellulaire, parfois une rare figure de dyskératose.

Les papilles et le derme ont une structure moins dense en raison de l'infiltrat beaucoup plus marqué; cet infiltrat forme de gros nodules et de larges traînées périvasculaires à bords plus ou moins diffus, il envahit même l'hypoderme. Sa composition est la même que celle de la radiodermite simple : réticulum conjonctif contenant des mononucléaires. Il faut ajouter quelques éosinophiles de formation locale (Dominici) et quelques plasmazellen en dégénérescence érythrofile. Mêmes lésions des vaisseaux et des nerfs que dans les fragments 1 et 1 bis.

Fait capital à noter, un ou deux lymphatiques profonds contiennent des cellules malpighiennes atypiques épithéliomateuses (tendance à la généralisation).

FRAGMENT 3. — ZONE INTERMÉDIAIRE ENTRE LE PAPILLOME ET L'ÉPITHÉLIOMA.

La transition est rapide et la zone papillomateuse n'a une largeur que d'environ 5 à 7 millimètres (2 millimètres pour le fragment 2, 3 à 5 millimètres pour le fragment 3).

Ces coupes comprennent deux parties, la première proximale « papillomateuse » (exagération de la papillation de l'épiderme normal); la deuxième, distale épithéliomateuse (transformation monstrueuse de l'épiderme).

Première partie : papillomateuse. — L'épiderme est très épaissi, 1200 à 1500 μ , les cônes interpapillaires sont extrêmement allongés, séparés par de longues papilles hypertrophiées. Dans la portion horizontale de l'épiderme, les cellules du stratum granulosum sont étagées en 7 à 9 rangées; les cellules malpighiennes sont plus volumineuses, leurs renflements chromatiniens et leurs nucléoles sont plus marqués, les karyokinèses sont rares malgré la multiplication considérable des cellules épidermiques, il semble que plusieurs noyaux soient en division directe. Les cellules de la couche germinative s'allongent (aspect en chandelier).

Au niveau des cônes interpapillaires on remarque les mêmes phénomènes. De plus, vers le sommet de ces cônes ou sur leurs côtés, les cellules de la couche germinative sont séparées les unes des autres, dissociées par des intervalles clairs dans lesquels s'insinuent des mononucléaires venus des couches profondes, cette exocytose se retrouve dans tout le reste de l'épiderme, mais prédomine au sommet des cônes interpapillaires : l'immigration intra-épidermique des cellules lymphatiques peut être telle que l'épiderme est dissocié en certains points par cet afflux leucocytaire, les cellules épithéliales agrandies deviennent alors polygonales, s'anastomosent par

leurs angles et limitent par leurs bords des logettes allongées contenant 2 à 3 mononucléaires.

Cette immigration mononucléaire est corrélative d'une réaction intense du tissu conjonctif sous-jacent.

Derme, à un faible grossissement. — Épaississement de tout le tissu conjonctif du corps papillaire et du derme.

Infiltration cellulaire très marquée, en flots, non systématisée, occupant surtout la base du corps papillaire et le derme, à peine marquée dans les papilles; dilatation des capillaires sanguins et lymphatiques; veines et artères à parois très épaissies, péri et endonévrites.

Derme, à un fort grossissement. — *Papilles*: Les papilles sont formées de fibres conjonctives, grêles, onduleuses, délicates, verticales quoique accolées sous des obliquités variables. L'infiltrat cellulaire y est à peine marqué, les cellules fixes, clairsemées sont très peu hypertrophiées, leur protoplasma en reste peu apparent et leur noyau volumineux arrondi ou incurvé conserve une structure chromatiniennne délicate avec nucléole de petite taille. Les capillaires veineux et lymphatiques élargis sont limités par de grandes cellules endothéliales claires et tuméfiées; çà et là apparaissent de rares mononucléaires en migration et une mastzelle erratique.

Corps sous-papillaire. — A la base des papilles apparaissent de nombreuses cellules libres à noyau compact (lymphocytes), cependant que les cellules fixes hypertrophiées sont plus rapprochées. Cette infiltration croissante aboutit aux nodules lymphoïdes du corps papillaire et du derme.

Derme: Les bandes fibreuses du derme cèdent la place à de volumineux flots d'infiltration cellulaires, arrondis ou polygonaux, d'aspect grenu et bleu foncé, tranchant sur le fond rose conjonctif; les intervalles qui les séparent sont occupés par le reliquat du tissu dermique, sillonné de traînées cellulaires rejoignant les flots entre eux. Ces infiltrats présentent en leur centre de larges fentes claires, allongées, rectilignes ou incurvées qui sont des vaisseaux lymphatiques extrêmement dilatés. S'il existe donc une systématisation cellulaire elle est *périmyphatique*.

Les flots d'infiltration cellulaire offrent une structure analogue à la structure lymphoïde des ganglions ou de la rate. Le *processus fondamental* est *cette transformation lymphoïde*. Les flots sont constitués par un immense réseau cellulaire dont les mailles logent les cellules lymphatiques, à noyau arrondi et incurvé, semblables aux mononucléaires clairs ou opaques du ganglion; les traînées du réseau sont constituées par les cellules conjonctives polygonales rapprochées les unes des autres et anastomosées par leurs angles, leur chromoplasma réapparaissant finement réticulé, leur noyau est grand et clair. Cette hypertrophie cellulaire réduit les faisceaux conjonctifs à un réseau de fibrilles grêles accolées aux cellules épousant la forme de leurs bords; de même qu'en de nombreux points des follicules spléniques. Suivant la règle, les fibrilles collagènes de ces nodules lymphoïdes s'insèrent sur les faisceaux conjonctifs de la gaine des vaisseaux sanguins.

Dans les parties intermédiaires et sur les bords de l'infiltrat on assiste à cette transformation lymphoïde: multiplication et hypertrophie des cellules fixes avec réduction corrélative des vaisseaux collagènes, anastomose des cellules fixes en un réseau cellulaire; immigration mononucléaire commençante.

Les nodules sont traversés de vaisseaux sanguins et lymphatiques qui ont l'aspect de gros capillaires dilatés. Leurs cellules endothéliales allongées et hypertrophiées reposent sur une membrane anhiste doublée de rares fibrilles collagènes grêles raccordées à celles du stroma lymphoïde. Les nodules ne semblent renfermer ni artériole ni veinule. Ce n'est qu'une apparence due à la *transformation reticulée lymphoïde des parois conjonctives et même musculaires des artérioles et veinules*. Ces vaisseaux prennent alors l'aspect de [très gros capillaires, car seul leur endothélium subsiste. Les vaisseaux sanguins sont gorgés de globules rouges et contiennent plus de mono et de polynucléaires que normalement.

Parmi les mononucléaires de l'infiltrat, les uns proviennent de la multiplication des cellules conjonctives désinsérées se transformant en cellules arrondies. Les autres sont d'origine vasculaire sanguine, migratrice; ce sont les plus nombreux, car les vaisseaux sanguins et lymphatiques en sont bourrés.

Certains de ces mononucléaires se transforment en *plasmazellen* formant souvent de petits groupes ou plasmomes, occupant la totalité ou une partie d'un nodule; quelques-unes de ces plasmazellen sont énormes et multinucléées (4 à 6). D'autres mononucléaires se transforment en *éosinophiles* et *mastzelle*. Il s'y joint çà et là un afflux de globules rouges: cette diapédèse des hématies forme en plusieurs points (télangiectasies cliniques) de petits foyers lacunaires hémorrhagiques.

A ce processus de réaction inflammatoire, se joignent des phénomènes de dégénérescence souvent très marqués. La *plasmolyse* et *karyolyse* des cellules fixes hypertrophiées, des cellules lymphoïdes agglomérées, de rares polynucléaires immigrés encombrant certains flots de boules opaques, produits de désintégration nucléaire. La *plasmolyse* se fait suivant deux modes: dans le premier, le morcellement est périphérique ou total, les boules de désintégration restent basophiles; dans le deuxième, le protoplasma se résout en boules acidophiles, cette *dégénérescence érythrophile* semblant particulière aux cellules conjonctives et plasmazellen; ces cellules s'hypertrophient, leur protoplasma se décomposant en boules nettement arrondies, fixant l'éosine orange et ressemblant à d'énormes vacuoles intraprotoplasmiques; des travées fines de protoplasma basophile les séparent et vont s'amincissant au furet à mesure que les boules s'accroissent; elles deviennent parfois énormes, dépassant le volume d'un globule rouge, le protoplasma devient incolore, invisible, la cellule se réduit à un noyau caractéristique entouré de ces boules acidophiles contenues dans la membrane de la cellule qui finit par éclater. Les boules mises ainsi en liberté simuleraient des globules rouges, n'étaient leur taille énorme, leur inégalité, leur forme sphérique, leur moindre acidophilie (en effet une teinte légèrement bleu violacé atténuée, au moins au début, leur orangeophilie).

Les *interstices* qui séparent les nodules sont occupés par des faisceaux collagènes plus ou moins modifiés par l'infiltration cellulaire commençante: les travées conjonctives sont parcourues de traînées cellulaires et de vaisseaux capillaires dilatés gorgés de globules rouges, de mono et de polynucléaires. Cette réduction du tissu collagène est encore en rapport avec une hypertrophie et prolifération des cellules fixes qui se disposent en séries linéaires, s'anastomosent et se disposent en une sorte de syncytium allongé en réseau à

mailles plus ou moins étroites (transformation du collagène en tissu réticulé).

Les *glandes sudoripares* sont méconnaissables, les glandes sébacées et bulbes introuvables.

Les *vaisseaux et nerfs* présentent les mêmes lésions de mésovascularite colossale, d'endopérinévrile.

Hypoderme : Les travées conjonctives séparant les lobules adipeux et ces lobules mêmes sont infiltrés de traînées cellulaires suivant le trajet des vaisseaux et des nerfs. Les vaisseaux et nerfs sont le siège des altérations si marquées que nous avons déjà décrites, endopérivascularite et surtout mésovascularite; endopérinévrile scléreuse interstitielle intense et parenchymateuse légère.

Deuxième partie épithéliomateuse. — L'épithélioma succède par transition rapide presque brusque au papillome. Cependant la transformation cancéreuse du papillome est annoncée par un léger accroissement des cellules épithéliales : hypertrophie des cellules de la germinative et épaissement du renflement chromatinien du nucléole des cellules malpighiennes. La portion horizontale de l'épiderme ainsi modifié, encore épais, recouvre 2 à 3 millimètres de boyaux épithéliomateux infiltrés dans la couche papillaire et sous-papillaire; puis l'épiderme s'amincit et ses *dernières papilles hypertrophiées se continuent avec les boyaux épithéliomateux*; enfin la portion horizontale de l'épiderme manque, abrasée, et l'épithélioma affleure l'ulcération; mais dans cette partie purement épithéliomateuse, la transition apparaît encore à la disposition du tissu cancéreux; en effet, sur une longueur de 3 millimètres, les boyaux épithéliomateux sont rectilignes, verticaux, parallèles, sensiblement égaux, séparés par des bandes conjonctives étroites. Il nous semble certain que ce sont les cônes interpapillaires devenus épithéliomateux et séparé par des papilles très allongées. Au delà le tissu cancéreux perd toute ordination systématique.

(Cette transition entre l'épiderme papillomateux à portion horizontale non cancéreuse et l'épithélioma a été retrouvée sur 2 autres fragments latéraux supérieurs de l'ulcération végétante cancéreuse.)

Le cancer est un épithélioma pavimenteux à globes épidermiques caractéristique. La prolifération épithéliale est extrêmement abondante, occupant toute l'épaisseur des tissus jusqu'à l'os, formant des nappes de 35 millimètres d'épaisseur et plus, infiltrant l'hypoderme suivant les vaisseaux et nerfs qu'elle entoure. Au milieu des boyaux épithéliomateux les vaisseaux et nerfs conservent les mêmes lésions et réagissent peu.

On retrouve tous les détails caractéristiques de l'évolution de l'épithélioma lobulé corné : monstruosité des cellules et des noyaux; évolution centripète des cellules des nodules épithéliaux aboutissant à la kératinisation des cellules centrales; prolifération intensive des bourgeons terminaux de l'épithéliome; tous les degrés depuis la kératinisation unicellulaire jusqu'à la kératinisation totale des lobules; karyokinèses multiples et irrégulières. Tous ces phénomènes sont d'autant plus accentués que l'on étudie des parties plus éloignées du papillome.

Il faut noter l'intensité de multiplication des éléments épithéliaux et les innombrables modifications de volume et de structure des cellules de la tumeur :

Beaucoup atteignent une taille gigantesque, leur **protoplasma** devient finement réticulé et perd la structure radiée normale mettant en évidence la constitution fondamentale spongieuse du protoplasma, les **noyaux** deviennent monstrueux, soit qu'ils restent arrondis ovoïdes, soit qu'ils se segmentent et deviennent multilobés. Les figures de karyokinèses sont nombreuses, la plupart sont anormales; l'irrégularité porte sur : l'inégalité des chromosomes et la longueur exagérée de certains, — la multipolarité, — la fragmentation des chromosomes en petites boules qui s'écartent dans le noyau élargi. Cette dispersion de la chromatine peut être telle que les fragments en soient expulsés en dehors des noyaux. De nombreux **polynucléaires éosinophiles** et quelques lymphocytes pénètrent les boyaux épithéliaux.

Dans les étroits espaces conjonctifs qui séparent les bourgeons épithéliaux, le tissu interstitiel subit la transformation lymphoïde : le protoplasme des cellules fixes devient spongieux, basophile, les anastomoses sont mises en évidence, formant un réseau cellulaire accolé aux réseaux fibrillaire, collagène et élastique, ces travées grêles de collagène proviennent de la régression des faisceaux conjonctifs normaux du derme, sous l'influence de la prolifération cellulaire ; dans les mailles de ce réseau cellulo-fibrillaire apparaissent des cellules migratrices de toute sorte : cellules lymphatiques provenant les unes du sang et de la lymphe, les autres de la multiplication des cellules fixes libérées ; plasmazellen produit de transformation des cellules lymphatiques ; nombreux éosinophiles mono et polynucléés nés *in situ* ; quelques polynucléaires neutrophiles.

Il semble difficile d'avoir des transitions plus nettes, une démonstration plus évidente de la transformation d'un processus irritatif en un processus cancéreux. C'est un document dans l'histoire de la pathogénie du cancer, tendant à prouver la *non-spécificité de la cause cancéreuse*.

M. BÉCLÈRE. — On a accusé les rayons X de faire de l'épithélioma; cela n'est pas exact. On sait que toute irritation de la peau favorise l'apparition de l'épithélioma; les rayons X n'agissent pas autrement. La preuve en est que ces épithéliomas pris à temps peuvent guérir par la radiothérapie. Personnellement, si j'étais quelque jour atteint d'épithélioma de la main, je n'hésiterais pas à le traiter par la radiothérapie.

M. GAUCHER. — J'ai montré qu'il faut distinguer la radiodermite des opérés, c'est-à-dire celle qui survient à la suite de l'absorption momentanée d'une forte dose de rayons par la peau, et la radiodermite des opérateurs, c'est-à-dire celle qui est consécutive à l'absorption continue et prolongée pendant des années d'une petite quantité de rayons. Dans ce dernier cas, il se produit des troubles trophiques des doigts et de la main, en particulier des ténosynovites et des papillomes. Ces papillomes peuvent se transformer en épithéliomas, comme tous les papillomes; il n'y a là rien de spécial aux rayons X. Pour expliquer ces troubles trophiques, dont j'ai actuellement au moins quatre observations, j'ai invoqué la théorie de la névrite ascendante.

qui est, aujourd'hui, confirmée par les recherches histologiques de M. Gougerot.

M. BÉCLÈRE. — Je ne conteste pas la fréquence de l'épithélioma au cours des radiodermites. En ce qui concerne la névrite ascendante invoquée par M. Gaucher, je rappellerai que dans un cas, où l'amputation du doigt fut pratiquée, M. Cornil n'a décelé aucune lésion nerveuse.

M. DARIER. — Au sujet du traitement de ces épithéliomas, je suis de plus en plus convaincu qu'il faut faire intervenir la structure histologique. Les épithéliomas pavimenteux tubulés sont seuls justiciables des rayons X. Chez un malade atteint d'épithélioma spino-cellulaire, c'est-à-dire pavimenteux lobulé à globes épidermiques, superficiel, sans adénopathie, j'ai employé pendant trois mois la radiothérapie avec beaucoup d'énergie et sans succès. Sur ma demande, M. Bissérié le soumit ensuite au même traitement aussi intense que possible; le résultat fut nul et cet épithélioma dut être enlevé chirurgicalement par M. Morestin. Si donc les épithéliomas qui surviennent au cours des radiodermites sont spino-cellulaires, ils ne pourront guérir par les rayons X; s'ils sont tubulés, ils guériront par la radiothérapie.

M. LEREDDE. — Je voudrais signaler une complication non décrite des rayons X et différente des radiodermites aiguës ou chroniques. J'ai soumis à la radiothérapie un nævus plan vasculaire de la joue; j'obtins en 2 ou 3 mois un résultat magnifique, la partie traitée restait seulement un peu indurée. Or, deux mois plus tard, il se produisit une ulcération en godet, sans douleurs appréciables, mais qui ne guérit qu'après 2 ou 3 mois. J'ai observé des faits analogues à la suite du traitement radiothérapique du lupus érythémateux, il se produit parfois des ulcérations tardives et secondaires. Il s'agit, dans ces cas, d'ulcères d'origine ischémique.

Maladie de Hallopeau (pyodermite végétante).

Par MM. GAUCHER et MALLOIZEL.

Le malade, âgé de 36 ans, employé de chemin de fer, est entré dans le service de la clinique le 27 septembre 1906.

Il a eu un chancre syphilitique il y a 16 ans, et depuis lors à diverses reprises des maux de gorge, pour lesquels il a pris du sirop de Gibert.

Ce sont tous ses antécédents, qui, d'ailleurs, n'ont aucun rapport avec l'affection actuelle.

Cette affection date du 14 juillet dernier. Notre malade aurait eu, à cette époque, un eczéma interfessier avec un furoncle sur la fesse gauche.

Consécutivement s'est développée une adénite inguinale externe gauche suppurée, qu'on a dû inciser et qui n'est pas encore cicatrisée à l'heure actuelle. Peu après, le malade eut quelques folliculites suppurées des aines pour lesquelles il fut rasé et traité par des applications de teinture d'iode. Le rasoir écorcha les pustulettes, et c'est huit jours après, que l'éruption s'étendit.

Des vésico-pustules envahirent les aines, la région pubienne, la racine des cuisses, le bas-ventre, le tour de l'ombilic, la partie inférieure du dos.

Bientôt confluentes, elles formèrent les larges placards qu'on voit encore à l'heure actuelle. Puis l'éruption, remontant latéralement, occupa les deux creux axillaires et d'une façon plus discrète toute la poitrine.

A ce moment, le malade, tourmenté par les démangeaisons, inocula, en se grattant, son creux poplité gauche et la commissure labiale du même côté. En ce dernier point, il avait eu, raconte-t-il, une légère coupure faite par son coiffeur. En somme, ces deux dernières localisations semblent bien le résultat d'une inoculation par grattage.

Au moment de l'entrée du malade dans nos salles, on constate, dans les régions précédemment signalées, des placards très étendus, surélevés, à contours polycycliques. Chacun de ces placards est formé par des éléments isolés, papuleux, confluent.

Ces placards, d'aspect lichénoïde, sont entourés de vésico-pustules, confluentes à la périphérie du placard, tantôt contenant un liquide purulent, tantôt recouvertes d'une croûte peu épaisse, d'un brun jaunâtre qui, en tombant, ne laisse pas d'ulcération. Sur la peau saine, qui entoure les placards, on trouve d'autres vésico-pustules plus jaunes, presque toute remplies de pus et disséminées.

Le centre du placard, papuleux, dur à la palpation, représente donc un stade postérieur à l'ouverture de la pustule et à la chute de la croûte; l'aspect surélevé, tendu, tient à la prolifération hypertrophique du derme.

Certains des éléments centraux présentent une légère ombilication, centrée par un poil. Il est donc vraisemblable que, au moins certaines pustules, sont des suppurations périfolliculaires.

Suivant les points, l'aspect est un peu variable. Dans les plis de flexion, aisselles, aines, rainure interfessière, creux poplité, l'hypertrophie végétante du derme est bien plus marquée et le placard résultant de la fusion des pustules, une fois les croûtes tombées, prend un aspect papulo-tuberculeux. Les lésions intermédiaires aux placards sont toutes plus jeunes, uniquement croûteuses; il en est ainsi des deux pustules d'auto-inoculation de la commissure labiale gauche. Ces pustules sont entourées d'une auréole érythémateuse reposant sur un fond induré. Il n'y a aucune lésion des muqueuses.

Le malade a un état général très satisfaisant. Il n'a aucun trouble viscéral, en particulier aucun signe nerveux. La fièvre est nulle. Outre l'éruption, on ne constate que la cicatrice de l'adénite incisée, qui est fistuleuse et laisse sourdre un pus analogue à celui des pustules. Le malade est traité par les pansements humides et les pulvérisations résorcinées. Il prend de plus un bain quotidien prolongé.

Sous l'influence de ce traitement, le malade est nettement amélioré. Dès le 4 octobre, on constate l'affaissement du centre des placards qui conservent leur teinte rouge foncé. Les croûtes de la périphérie tombent. En revanche, il s'est produit de nouvelles pustules isolées sur la poitrine et aussi à la périphérie des anciens placards. La progression excentrique est très nette.

Le 20 octobre, l'amélioration continue; il n'y a guère de nouveaux éléments; les deux pustules de la commissure ont conflué et forment actuellement une large exulcération à bords polycycliques et saillant, entourant un

fond recouvert d'une croûte jaunâtre, humide. Chaque exulcération a gagné en largeur, la lésion semble plus envahissante que sur le corps.

L'affaissement des placards primitifs s'accroît, mais ceux-ci restent pigmentés. Le bubon suppure encore un peu.

Le 30 octobre, la cicatrisation est très avancée. Sur l'abdomen, il n'y a plus que des cicatrices. Celles-ci sont planes, à peine papuleuses; leur coloration, d'abord rouge foncé, est maintenant un peu jaune, un peu cuivrée. Le centre de certains éléments devient blanc, nettement cicatriciel. Souvent, au centre on trouve un poil. Ça et là, sur les cuisses, sur la poitrine et le dos, sous le genou droit, quelques pustules sont encore excoriées et recouvertes d'une croûte. Au-dessous d'elles, l'hypertrophie du derme fait nettement saillie. Les pustules de la face ne sont pas guéries, elles s'étendent toujours excentriquement sans qu'il y ait de nouvel élément; leurs bords sont hypertrophiques, leur fond déprimé et croûteux. Sur le dos, existe encore un placard en pleine activité. L'adénite est complètement guérie. Le malade a conservé un excellent état général et demande à sortir.

Recherches de laboratoire. — Le contenu de deux pustules a fourni des cultures pures de staphylocoque doré. Dans les frottis, on voyait de nombreux phagocytes englobant les microbes et quelques macrophages. Il n'y avait pas d'éosinophiles.

M. HALLOPEAU. — On doit à M. Gaucher d'avoir démontré que cette maladie est une pyodermite d'origine microbienne.

Gommes syphilitiques du muscle sterno-cléido-mastoïdien (syphilis acquise).

Par MM. GAUCHER et MONIER-VINARD.

Le nommé C..., Victor, âgé de 37 ans, cocher, entre, le 5 novembre, salle Saint-Louis, présentant des gommes syphilitiques apparues simultanément il y a trois semaines environ. Il y a une gomme volumineuse de la paroi postérieure du pharynx, et une autre de la face antérieure du sternum; mais celles qui présentent le plus d'intérêt, et par leur volume et par leur rareté au cours de la syphilis acquise, sont celles qui infiltrèrent les deux muscles sterno-cléido-mastoïdiens.

Du côté gauche, le tiers inférieur du muscle présente deux nodules durs, indolents, du volume d'une petite noix, reliés l'un à l'autre par une infiltration granuleuse du muscle.

Du côté droit, le chef sternal est déformé par un semblable noyau, ayant à peu près le volume d'un œuf de pigeon.

Une gomme de plus petit volume siège encore sur le manubrium. Enfin, l'examen de l'arrière-gorge permet d'en voir une autre allongée en amande, développée dans l'épaisseur de la paroi pharyngienne postérieure.

Les divers appareils du malade ne présentent rien de spécial à signaler. Sa santé générale est excellente. La voûte palatine, les dents, le squelette parfaitement conformés ne portent pas la moindre trace de dystrophie héréditaire.

Ses parents sont actuellement vivants et très bien portants. Il a un frère et une sœur en bonne santé.

Le malade a contracté la syphilis il y a 16 ans. L'accident initial fut suivi à plusieurs reprises de l'apparition de plaques muqueuses de la gorge et des lèvres. La durée totale des manifestations secondaires fut de deux ans et demi.

Pendant ce laps de temps C... suivit régulièrement le traitement prescrit (pilules de Dupuytren).

Depuis la cessation des accidents secondaires jusqu'à aujourd'hui, il a suspendu toute médication.

Sur la production d'ulcérations profondes et étendues dans un nævus angiomateux.

Par MM. H. HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY.

Des faits semblables ont été signalés : A. Hardy, en particulier, a mis en relief la difficulté du diagnostic avec des syphilides que peuvent présenter ces altérations.

Les lésions qui se sont produites chez cette petite malade ont été intéressantes par la rapidité et l'intensité de leur développement, ainsi que par le problème de pathogénie qu'elles soulèvent.

Nous résumerons ainsi qu'il suit son observation :

La jeune Marie G..., âgée de 3 mois, est amenée salle Lugol le 13 octobre 1906, pour un volumineux nævus suppuré du cuir chevelu.

A l'âge de 6 jours, la mère remarque que l'enfant présente des taches rouges sur la partie postérieure de la tête, à l'angle de l'œil gauche et au cou. — Vers le 10 octobre, elle constate, sur la rougeur du cou, l'existence d'une petite croûte blanche; puis, toute cette partie se tuméfie, en même temps que l'enfant s'agite et dort mal; on l'amène à l'hôpital le 13 octobre.

Nous reconnaissons qu'elle est atteinte d'un nævus volumineux circulaire, à la partie postéro-latérale gauche du cuir chevelu; il mesure 8 centimètres de diamètre; on observe dans sa partie postérieure une fluctuation nette.

Par ailleurs, on trouve au niveau du sein gauche, et sur la fesse droite, de petits nævi de la grosseur d'une fraise; d'autres occupent la face latérale du cou, le milieu du front (celui-ci mesure 4 centimètres sur 1 1/2) et l'angle externe de la région sourcilière en même temps que le côté gauche du front.

L'ouverture du nævus suppuré se fait bientôt spontanément par un orifice qui s'élargit rapidement, et donne issue à une quantité assez considérable de pus verdâtre, bien lié. — Les jours suivants, l'ouverture s'élargit encore, et l'on peut constater l'existence d'une ulcération large de 2 centimètres, haute de 6 à 7, profonde de 1 1/2 environ, dont le fond est grisâtre et les bords presque taillés à pic. Bientôt, sous l'influence des pansements humides, le fond de l'ulcération se met à bourgeonner, et la réparation se fait graduelle-

ment de la profondeur vers la superficie, en même temps que l'enfant recouvre le sommeil, et que son état général s'améliore.

Actuellement, la perte de substance est presque entièrement comblée, mais la partie centrale suppure encore assez abondamment.

Ainsi donc, sans cause provocatrice appréciable, il s'est développé dans ce nævus angiomateux une inflammation qui a donné lieu en peu de jours à une perte de substance profonde et étendue; il semble bien que du sphacèle soit venu compliquer ou peut-être occasionner le processus phlegmasique.

Ce fait, rapproché de ceux qui ont été signalés antérieurement, entre autres, par Rist, dans son excellent article de la *Pratique dermatologique*, montre que ces altérations ne sont pas absolument exceptionnelles : comment s'en expliquer la production ? Il semblerait, au premier abord, que ces néoplasies, en raison d'une grande activité circulatoire, dussent être à l'abri de complications de cette nature; mais cette suractivité est-elle bien réelle ? On sait que les examens anatomo-pathologiques y dénotent, à côté de capillaires et de veinules très dilatés, des artères de dimensions normales : il y n'a donc pas afflux exagéré de sang et la réplétion du système capillaire et veineux implique nécessairement une stase vasculaire : on conçoit que, dans ces conditions, la néoplasie constitue au contraire un *locus minoris resistentiæ* et, en particulier, que les processus gangreneux s'y établissent plus facilement que dans les tissus sains : telle est du moins l'interprétation que nous croyons devoir donner de ces altérations.

M. BROCC. — J'ai observé plusieurs cas analogues à celui-ci, où des nævi vasculaires deviennent le siège d'un processus escarrotique, gangreneux, progressivement envahissant, lequel aboutit à une guérison très lente du nævus.

M. LENGLET. — Ces ulcérations sont à la fois un danger pour la vie des enfants et un mode de guérison ou d'amélioration du nævus qu'elles frappent : elles évoluent pendant un temps très variable qui peut aller jusqu'au delà d'une année, leur cicatrisation se produit assez aisément sous des pansements sans antiseptiques mais avec des topiques variés; alors qu'on les croit fermées définitivement elles s'ouvrent de nouveau; par les infections secondaires auxquelles elles exposent l'enfant, elles entretiennent un grave danger et deviennent, le cas échéant, l'occasion d'une déchéance inquiétante.

M. A. FOURNIER. — J'ai observé aussi plusieurs cas de vastes ulcérations siégeant sur des nævi; ces ulcérations, dans tous ces cas, étaient dues à la syphilis. Il y aurait lieu de faire une enquête approfondie au sujet de la syphilis soit maternelle, soit surtout paternelle.

M. LENGLET. — Dans un des cas auxquels j'ai fait allusion, on n'a pu déceler aucune trace de syphilis chez les parents; l'ulcération avait été provo-

quée par le courant électrolytique, elle affecta une marche serpigineuse et resta exactement limitée au nævus, qui avait une forme irrégulière. Il y avait eu vraisemblablement infection d'un tissu peu résistant.

M. A. FOURNIER. — Chez l'enfant qu'on vient de présenter, on peut sans doute invoquer dans une certaine mesure l'action du décubitus et de la pression que ce décubitus exerce sur l'occiput; mais il y a au moins soupçon de syphilis et il conviendra de diriger l'enquête de ce côté.

Nouveaux cas d'aplasie moniliforme des cheveux.

Par MM. H. HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY.

Le petit malade que nous avons l'honneur de présenter à la Société est remarquable par les difficultés que peut au premier abord offrir le diagnostic, par l'intensité des lésions d'hyperkératose, par la prédominance des cheveux follets, et par le caractère familial de la maladie; son observation peut être résumée ainsi qu'il suit :

André V. M..., 6 ans, entré salle Bazin, n° 4, le 15 octobre 1906; est très bien portant, bien développé, intelligent.

Son cuir chevelu a toujours présenté le même aspect qu'aujourd'hui.

De loin, l'enfant semble complètement dépourvu de cheveux; en le regardant de plus près, on constate qu'un fin duvet recouvre très régulièrement tout son cuir chevelu dont l'aspect est rouge et grenu. Ces poils follets sont longs de 3 à 6 millimètres, très fins, pâles et blonds pour la plupart; on aperçoit en outre quelques cheveux, de 4 à 6 millimètres de longueur, noirs, beaucoup plus gros que les follets, et cassés nettement; l'aspect granuleux, kératosique, du cuir chevelu est dû à la saillie que forment les glandes pilosébacées.

Partout ailleurs, la peau est d'aspect tout à fait normal, sauf au niveau de la face externe des deux bras où elle présente de la kératose pileaire.

Enfin il est à noter que les sourcils sont très peu fournis.

Un certain nombre de cheveux présentent très nettement l'aspect moniliforme; les parties rétrécies sont décolorées; les parties élargies sont plus foncées en leur centre, où persiste la substance médullaire du cheveu. Les cheveux se terminent, tantôt par une partie rétrécie, tantôt par une partie élargie. L'examen a porté plusieurs fois sur des cheveux prélevés, soit le soir à 9 heures, soit le matin au réveil; il ne semble pas que le sommeil ait eu une influence sur la pousse des cheveux, ainsi que le montrerait la diversité de la forme de leur extrémité.

Enfin, examinant le fin duvet qui recouvre la face externe du bras, ou les follets du pubis, on n'a trouvé aucune altération de la forme de ces poils dont le calibre était parfaitement régulier.

En interrogeant la mère du petit malade, nous avons retrouvé jusqu'à 6 personnes de la même famille présentant la même affection.

L'ARRIÈRE-GRAND'MÈRE de l'enfant était CHAUVÉ.

Elle eut cinq enfants :

EUGÈNE et LOUISE étaient sains.

Les trois autres n'avaient pas de cheveux.

VICTOR et PROSPER M... avaient le crâne dénudé. Ils n'eurent point d'enfants.

EUGÉNIE M..., épouse G..., grand'mère de l'enfant, était chauve.

Elle-même eut deux enfants normaux : LOUISE et JULIENNE.

La 3^e, MARIA, épouse Van M..., mère du petit André, est chauve. Son cuir chevelu présente des places complètement dépourvues de cheveux, d'autres où les cheveux ont poussé ; mais ces cheveux se cassent presque aussitôt. La malade dit que le rasage, la suspension du port de perruque semblent favoriser la pousse des cheveux.

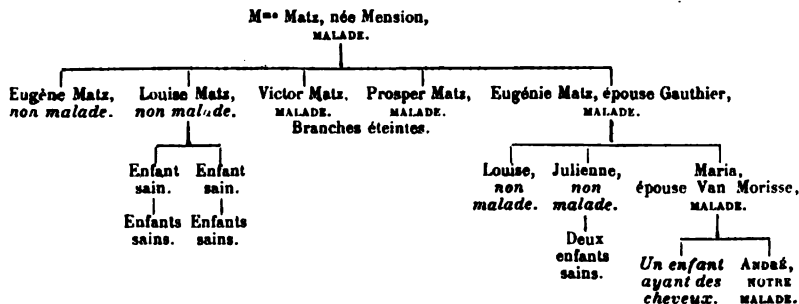
Les poils de l'aisselle et du pubis sont peu nombreux, et cassent facilement. Les sourcils sont courts et fragiles.

On remarque de la kératose sur la face externe des bras, des avant-bras et des cuisses.

Cette malade a eu deux enfants :

Un AÎNÉ, mort à 7 mois. Il avait des cheveux.

Le SECONDE est l'objet de cette présentation.



Lorsque l'on observe pour la première fois l'enfant, ce qui frappe immédiatement, ce sont l'intensité de l'hyperkératose et l'apparence de calvitie; en effet, les petits cheveux cassés sont tellement pâles et grêles qu'au premier abord on les aperçoit à peine : un examen attentif est nécessaire pour y découvrir des cheveux moniliformes. L'hyperkératose du cuir chevelu est généralisée.

Chez la mère, au contraire, l'aspect du cuir chevelu est surtout lisse, comparable à celui du favus guéri ; on y voit des dépressions d'apparence cicatricielle; les hyperkératoses sont beaucoup moins nombreuses que chez son enfant : il est très probable que cet aspect lisse, comme cicatriciel, est consécutif à la régression des lésions d'hyperkératose.

Nous avons vu que nos recherches relativement au moment du jour où se produit la diminution de volume sont restées infruc-

tuenses : c'est là un fait qu'il nous paraît utile de signaler, car on a pu invoquer pour expliquer l'intermittence du mouvement nutritif que révèlent ces déformations en fuseau une influence de moindre intensité pendant l'activité diurne ou le repos nocturne ; examinés alternativement le matin et le soir, les cheveux ont été trouvés indifféremment altérés au voisinage immédiat ou à distance des renflements ; *il ne faut donc invoquer, ni le sommeil, ni l'influence vespérale pour expliquer ces intermittences.*

L'aspect follet de la plupart des cheveux se rapporte très vraisemblablement à une amplification du trouble nutritif dont l'aphasie moniliforme est le résultat ; au lieu d'être intermittent, il devient continu ; il y a des follets légèrement moniliformes.

Il est possible que cette famille d'aplasiques se rattache à celle dont M. Sabouraud a rapporté l'histoire, car l'arrière-grand-mère, souche initiale, porte le même nom ; on ignore absolument pourquoi une partie seulement des enfants d'une même famille sont atteints de ces altérations.

Localisations psoriasiques sur des syphilides.

Par MM. H. HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY.

L'un de nous a montré antérieurement à la Société un malade qui présentait ces localisations du psoriasis ; en voici un nouvel exemple d'une grande netteté ; nous résumerons ainsi son histoire :

Son psoriasis remonte à 1879 et s'est toujours renouvelé depuis lors avec des alternatives de rémissions survenues spontanément ou sous l'influence du traitement.

Le nommé G..., âgé de 60 ans, journalier, entre le 5 novembre 1906, salle Bazin, lit n° 36.

Le malade est à la fois psoriasique et syphilitique ; il a eu en 1871 son chancre induré ; il ne s'est traité que pendant 3 mois.

Actuellement, voici ce que l'on constate : Il y a des plaques typiques de psoriasis aux deux coudes.

Le tronc ne présente d'éruption qu'à sa face postérieure, à droite de la ligne médiane ; on y constate un très large placard éruptif, de forme irrégulière, ayant à peu près 23 centimètres de largeur sur 30 centimètres de hauteur, les contours sont polycycliques. Sur un fond rougeâtre, on aperçoit deux sortes d'éléments : des squames blanches, nacrées, qui se détachent au grattage et laissent apparaître en dessous un fond rosé, saignant ; ce sont bien là des taches de psoriasis ; et, d'autre part, dans la portion supérieure et gauche, des croûtelles verdâtres, assez saillantes, ne s'écaillant pas, reposant sur un fond un peu plus induré que les tissus voisins ; à côté de ces éléments en évolution, on voit une pigmentation brune de la peau et des cicatrices groupées en fragments de cercle ; il s'agit là en toute certitude de syphilides papulo-tuberculeuses en activité ou rétrogradées.

Aux *main*s, on remarque une desquamation assez étendue de la paume. La peau y est épaissie, blanchâtre, fissurée au niveau des plis articulaires. Sur certains doigts, la desquamation est presque complète. C'est ainsi que sur la face palmaire de la deuxième phalange du pouce de la main droite, et sur la face dorsale du médium droit et de l'index gauche, la desquamation laisse à nu une surface cutanée rose, tranchant sur la coloration des éléments voisins. De même la troisième phalange de l'index de la main droite est dépouillée de son épiderme sur toute sa périphérie. Enfin au niveau de l'insertion unguéale de presque tous les doigts, l'épiderme est fissuré, soulevé et en partie arraché. Les ongles eux-mêmes sont normaux, mais ils sont fortement incurvés, hippocratiques.

Aux *membres inférieurs*, on remarque sur la face externe de la cuisse droite un placard presque circulaire, de 8 à 10 centimètres de diamètre, où la peau garde sa souplesse; mais sa surface est recouverte, régulièrement, de squames blanches, nacrées, brillantes, qui s'enlèvent facilement, et laissent apercevoir le fond rosé du placard.

Sur la face antérieure de la cuisse gauche, on ne trouve que trois petits éléments rose brun, des dimensions d'une pièce de 50 centimes à contours irréguliers.

Arrivons enfin au dernier élément, un des plus considérables, où l'on retrouve les caractères combinés du psoriasis pur et de la syphilis. Il siège à la partie interne du genou droit, empiétant un peu sur la face postérieure et la face antérieure de la cuisse. Ses dimensions sont de 10 centimètres de hauteur sur 13 à 15 centimètres de largeur; sa forme est très irrégulière, son contour serpigneux. Le fond du placard éruptif est brunâtre en certains endroits, plus rosé en d'autres, non induré. Sur ce fond reposent à certains points, des squames blanches brillantes, nacrées; sur d'autres des croûtelles verdâtres, assez adhérentes. L'apparence serpigneuse, circonée, la teinte brunâtre du placard, et ces croûtes verdâtres qui le recouvrent partiellement donnent incontestablement l'image de syphilides papulo-tuberculeuses recouvertes, par places, de squames psoriasiques.

Il résulte de ces faits, que ce malade présente simultanément des altérations psoriasiques et syphilitiques, que ces manifestations sont en partie indépendantes les unes des autres, qu'il y a, en particulier aux coudes et à la cuisse des placards exclusivement psoriasiques, mais que d'autres altérations offrent, au contraire, un caractère mixte, et que l'on y voit des tubercules syphilitiques recouverts des squames nacrées du psoriasis avec la surface sous-jacente saignant facilement.

Comment faut-il interpréter ces faits? les partisans de la théorie des *hybridités dermatologiques* pourraient invoquer à son appui les éruptions mixtes de ce malade: suivant nous, ce serait là une interprétation défectueuse; les caractères biologiques des deux maladies diffèrent trop pour que l'on puisse admettre une association familiale de leurs agents pathogènes; il est plus simple et, croyons nous, plus conforme à la vérité, de dire que les *syphilides serpigi-*

neuses ont constitué des foyers d'irritation qui ont déterminé les localisations psoriasiques : il est classique, en effet, et M. Jean-selme, ainsi que l'un de nous, en a montré des exemples remarquables à la Société, que les irritations locales déterminent fréquemment des localisations du psoriasis : la paire de bretelles psoriasiques d'un de nos malades qui figure dans le musée Baretta, nous en fournit un témoignage saisissant : on ne peut donc s'étonner que l'irritation provoquée par les syphilides amène également chez ce malade la localisation d'une partie de ses plaques psoriasiques au niveau de ses éléments spécifiques.

M. PAUTRIER. — J'ai observé récemment un cas hybride de syphilis et de psoriasis. Il s'agissait d'un malade qui avait du psoriasis depuis 2 ans et qui avait contracté la syphilis depuis 6 mois. Or, au milieu des nappes psoriasiques des coudes et des genoux, on notait des papules isolées dont l'aspect clinique rappelait celui des syphilides. La biopsie d'un de ces éléments nous a montré la structure des syphilomes et a permis de distinguer dans cette éruption ce qui appartenait à la syphilis et ce qui revenait au psoriasis.

Sur un cas de tumeurs lymphoïdes de la peau.

Par MM. HALLOPEAU et GASTOU.

Comme on va le voir par notre description, ces tumeurs présentent des caractères tout particuliers et sont, par cela même, d'un diagnostic difficile. L'observation de notre malade peut être résumée ainsi qu'il suit :

Albert P..., 85 ans, charpentier, entre à l'hôpital pour deux ulcérations de la jambe droite et une de la jambe gauche.

Il n'a eu aucune maladie ; pas de syphilis.

Il ya 6 mois environ, il fut pris de démangeaisons aux deux jambes. Puis survinrent, dit-il, de petits boutons, 2 à la jambe droite, et 1 à la jambe gauche, là où siègent aujourd'hui les néoplasies, qui peu à peu grossirent et s'ulcérèrent. Pendant 4 mois, il continua néanmoins ses occupations, puis il se décida à entrer à l'hôpital. On a constaté, il y a 2 mois, lors de son arrivée dans le service, deux ulcérations de la jambe droite, et une de la jambe gauche, qui, siégeant sur un terrain variqueux et eczématisé, ressemblaient à des ulcères variqueux.

Cependant, malgré le repos au lit, malgré les pansements humides et les attouchements fréquents au nitrate d'Ag. les ulcérations n'ont montré aucune tendance à se cicatriser ; bien au contraire, leurs dimensions sont devenues plus considérables, en même temps que leur plan se surélevait.

Actuellement, ce sont de véritables tumeurs ulcérées, dominant les téguments voisins. Leur diamètre respectif est à peu près celui d'une paume de main ; leur surface, entièrement ulcérée, est plane, rosée, peu saignante.

suppurant un peu. Les bords sont surélevés de près d'un centimètre, arrondis en dedans, presque à pic et renversés en dehors.

Ce qu'il y a surtout de remarquable dans ces néoplasies, ce sont leur large surface absolument plane, horizontale, leurs bords renversés, la largeur, la régularité, l'aspect rosé de leur surface exempte de toute saillie ou dépression, et leur accroissement rapide : c'est là un ensemble insolite et que nous n'avons jamais rencontré jusqu'ici.

En raison du renversement des bords, l'un de nous a émis l'hypothèse de néoplasies mycosiques; mais, d'autre part, le prurit et les adénopathies, constants dans cette maladie, font ici défaut.

L'examen histologique seul pouvait déterminer la nature de ces tumeurs; les résultats qu'il a donnés à l'un de nous sont les suivants :

L'ensemble de la néoplasie est formé de deux parties : un soulèvement de l'épiderme présentant l'aspect d'un volumineux champignon, une masse néoplasique soulevant l'épiderme.

Entre les deux parties est une zone claire correspondant aux papilles aplaties.

Cette zone claire est constituée par un tissu réticulé à travées d'épaisseur variable, quelques-unes très épaisses, d'autres extrêmement fines.

Dans les cavités limitées par les travées se voient des cellules lymphoïdes, mais en très petite quantité : d'où l'aspect clair de la zone. On voit également, dans cette zone, de nombreux capillaires nettement dessinés et à parois épaissies.

Au-dessous de la zone claire est une masse néoplasique formée du même tissu réticulé, mais dans cette partie de la coupe on ne voit presque pas le réticulum. Les cavités sont complètement comblées de cellules lymphoïdes. Celles-ci se disposent le long de travées appartenant à de très fins capillaires.

On rencontre également dans la néoplasie quelques gros vaisseaux veineux dont les parois sont épaissies.

L'aspect des cellules lymphoïdes est uniforme dans tous les points de la coupe. On ne rencontre en aucun point de mastzellen, de plasmazellen ou d'autres cellules conjonctives ou d'infiltration.

La néoplasie est donc du type des tissus lymphoïde ou adénoïdien

La forme et la disposition des cellules, l'existence de vaisseaux nettement différenciés, nous font rejeter le sarcome.

La présence du réticulum, des cellules lymphoïdes, serait en faveur, soit d'un mycosis, soit d'un lymphadénome.

Or, si l'on tient compte de l'uniformité de structure des cellules, de leur nature lymphoïde, de leur groupement et de leur disposition autour de nombreux capillaires, il semble que le diagnostic doit être plutôt celui de lymphadénome que de mycosis.

M. DARIER. — L'examen des coupes histologiques montre en effet la structure du lymphadénome; mais l'histologie ne permet pas de distinguer une tumeur mycosique d'un lymphadénome. C'est à la clinique de dire s'il existe des lymphadénomes en dehors du mycosis. Chez ce malade, l'aspect clinique des lésions me porte à croire qu'il s'agit d'un mycosis.

Lichen scrofulosorum chez un adulte.

Par MM. BALZER et POISOT.

La rareté relative de cette tuberculide au delà de 25 ans nous a engagés à en relater un cas observé chez un adulte dont nous présentons le moulage à la Société et dont voici l'observation clinique :

R..., 31 ans, garçon de café, vient à la consultation de Saint-Louis, le 25 juillet 1906, pour une éruption dont il fait remonter le début au mois d'avril précédent. Les premières lésions seraient apparues sur la poitrine, puis elles auraient gagné successivement toutes les parties du tronc.

Actuellement, l'éruption, en bouquets de papules, occupe la poitrine, l'abdomen, la région hypogastrique, les flancs, le dos, la région lombaire; elle est surtout abondante sur les parties moyenne et inférieure du tronc. Le cou, la tête, les membres supérieurs sont indemnes; les membres inférieurs très peu atteints; on note seulement quelques éléments à la face postérieure des deux cuisses. Cette éruption est constituée par de petites papules miliaires, arrondies, légèrement saillantes, en grains de plomb, grenues au toucher; leur volume varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'un grain de mil. La plupart sont d'un rose pâle, d'autres jaunâtres; quelques-unes sont rouges, avec aspect télangiectasique. Au centre de chacune d'elles on constate l'existence d'une très petite dépression punctiforme, brunâtre, qui se révèle encore plus nettement en badigeonnant la papule avec un peu de teinture d'iode ou de solution de bleu de méthylène; cette dépression, centrée par un follet, est en rapport avec un follicule pilo-sébacé. Quelques éléments présentent à leur sommet une petite pustulette jaunâtre. Quelques-unes de ces papules sont isolées, constituant çà et là des éléments aberrants. Mais la plupart sont groupées en bouquets ou en placards, séparés par des intervalles de peau saine où l'on trouve çà et là quelques macules érythémateuses. Ces bouquets de papules, dont certains sont confluent, reposent sur un fond érythémateux; le contour en est plus ou moins régulier; quelques-uns sont circulaires, d'autres en segments de cercle, la plupart ovalaires; les dimensions de ces groupements varient de celles d'une lentille à celles d'une pièce de 5 francs et plus. Les papules sont surtout nombreuses à la périphérie des placards; vers le centre, qui est d'une teinte plus pâle et violacée, elles sont discrètes ou manquent complètement. Il n'y a pas d'induration au pourtour, la peau se plisse facilement.

L'éruption n'est nullement prurigineuse; il n'y a aucune lésion de grattage.

En présence de cette éruption, la première idée qui vient à l'esprit est celle d'une syphilide papulo-granuleuse ou mieux papuleuse

ponctuée. Cependant l'absence de papules sur les membres, la coloration pâle, la faible infiltration, ne sont guère en faveur de cette hypothèse. De plus, le malade nie tout antécédent de syphilis. Nous ne retrouvons d'ailleurs aucune trace de chancre récent, aucune cicatrice, pas d'adénopathie inguinale, cervicale, épitrochléenne, etc. Malgré l'abus du tabac, il n'y a pas trace de plaques muqueuses buccales ou gutturales. Il n'y a ni céphalée, ni alopecie. Les organes génitaux et l'anus sont intacts.

Par contre, le malade, qui est un éthylique, tousse depuis plusieurs mois et ses crachats sont souvent striés de sang; il aurait eu, il y a quelques semaines, une petite hémoptysie. Il a peu maigri, mais il a d'abondantes transpirations nocturnes. Sa femme, dit-il, tousse beaucoup et est atteinte de bronchite chronique. Chez lui la percussion révèle de la submatité au sommet droit, et, à l'auscultation, on entend en avant une respiration affaiblie, avec inspiration rude et saccadée. On ne trouve nulle part ailleurs d'autre tuberculose locale: pas de lupus, pas de lésions articulaires ou osseuses, pas de cicatrices ni d'hypertrophies ganglionnaires.

Ces commémoratifs, l'absence complète d'accidents syphilitiques actuels, la localisation de l'éruption au tronc, la coloration pâle des papules, leur dépression pilaire centrale, permettaient donc d'éliminer le diagnostic de syphilides, pour accepter celui de tuberculide ou de lichen scrofulosorum, chez un adulte très probablement au début d'une tuberculose pulmonaire.

Le traitement interne par l'arséniate de soude et le sirop iodotannique, des applications locales répétées de bleu de méthylène en solution hydro-alcoolique à 1 p. 100, amenèrent d'ailleurs une rapide amélioration, et lorsque, trois semaines plus tard, nous avons revu le malade pour la dernière fois, l'éruption était en voie de disparition.

Syphilides corymbiformes avec érythème péripapuleux.

Par MM. BALZER et POISOT.

Il s'agit d'un homme de 56 ans, veuf, père de deux enfants bien portants, de bonne santé habituelle, sans tares tuberculeuse ou alcoolique apparentes, qui contracta la syphilis en mars 1906. Il vient nous consulter vers le 15 avril. Il était alors porteur d'un énorme chancre induré de la partie droite de la lèvre inférieure, chancre non douloureux, s'accompagnant d'une volumineuse adénopathie sous-maxillaire.

Dans les délais normaux, malgré le traitement déjà institué (pilules de Dupuytren), apparaissent la céphalée, la roséole, et des plaques muqueuses multiples et très étendues de la bouche et des lèvres.

Vers le 20 juin, le malade nous revient, porteur de syphilides papuleuses

d'assez grandes dimensions, mais discrètes, qui sont irrégulièrement disséminées sur le tronc et les membres. Nous commençons alors une série de 6 injections d'huile grise, à 7^{es} de Hg. métallique par injection.

L'éruption n'en continue pas moins son évolution. Les papules augmentent de nombre et de dimensions; puis, vers le 15 juillet, elles s'entourent d'une auréole érythémateuse qui donne à l'éruption un aspect très spécial, bien rendu par le moulage de M. Baretta.

A ce moment, l'éruption est disséminée sur toutes les parties du corps; de nombreuses papules ont envahi la face et les membres, mais les nappes conjonctives péripapuleuses n'existent que sur le tronc et à la racine des membres, séparées d'ailleurs par de larges espaces de peau saine, où se montrent quelques papules aberrantes et quelques macules isolées.

Chaque groupe éruptif rappelle assez bien l'aspect des syphilides en corymbe : le centre est occupé par une grosse syphilide, presque papulo-tuberculeuse, papule majeure, dont les dimensions varient de celles d'une lentille à celles d'une pièce de 50 centimes. Régulièrement arrondies ou ovales, très saillantes, lisses, ces papules ont une teinte foncée, d'un rouge vineux, et la peau est infiltrée à leur niveau.

Autour de cette papule centrale, on trouve bien çà et là quelques papules satellites, beaucoup plus petites, moins saillantes et de coloration plus claire, marquant ainsi la tendance au groupement en corymbe; mais ce qui domine c'est un érythème péripapuleux, d'un rouge plus pâle et moins vineux que celui de la lésion centrale; la coloration de ces placards érythémateux est inégale; ils semblent constitués par la confluence de macules qui laisseraient entre elles un réseau incomplet de peau saine; autour de la papule centrale notamment, il existe une bordure de quelques millimètres où la peau a sa coloration normale.

L'érythème péripapuleux diffuse assez loin de la papule centrale, proportionnellement, semble-t-il, aux dimensions de cette papule, circulaire comme elle, ou ovale dans le même sens qu'elle. Certains de ces placards érythémateux atteignent jusqu'à 10 centimètres de diamètre.

L'éruption ainsi constituée persista en l'état pendant plus de trois semaines, malgré les injections d'huile grise. Puis la régression se fit lentement. L'érythème diminua peu à peu d'intensité, s'estompa, puis disparut. Les papules persistèrent beaucoup plus longtemps; actuellement encore on retrouve la trace des plus grandes, sous forme de saillies à peine accusées et légèrement violacées.

Cette éruption de modalité nettement secondaire peut assurément être rapprochée des éruptions en corymbe, qui, sans être communes, sont regardées comme très spéciales à la syphilis. Cependant ce n'est pas une syphilide en corymbe typique. Il existe bien quelques papules satellites autour des papules majeures, mais elles sont rares et très disséminées. L'élément dominant, celui qui donne son cachet à cette éruption, c'est l'érythème péripapuleux; érythème qui n'est apparu que vingt jours au moins après les papules et qui a disparu longtemps avant elles; érythème qui s'est étendu autour des

éléments centraux proportionnellement à leurs dimensions, comme si de ces papules, centres d'élaboration, avait diffusé, en rayonnant dans les tissus voisins, la toxine du tréponème.

Ce cas est à rapprocher de ceux où M. Hallopeau (1) a signalé les troubles de pigmentation et de vascularisation que peuvent provoquer à leur périphérie les syphilides secondaires, — peut-être aussi de celui d'Audry et Laurent (2), bien qu'ici l'érythème ait précédé de quelques jours l'apparition des papules. Il semble possible que, dans tous ces cas, il s'agisse d'érythèmes toxiques, dus principalement à la diffusion de la toxine syphilitique autour de la papule. Mais cette opinion ne peut être émise que comme une hypothèse, car il est possible aussi que les tréponèmes s'étendent en petit nombre autour du foyer papuleux central.

Vaccine du sein chez une nourrice.

Par MM. BALZER et POISOT.

M^{me} B..., 24 ans, couturière, vient à la consultation de Saint-Louis, le 13 juillet 1906 pour des « boutons », qui sont apparus sur les seins au cours de l'allaitement. Cette jeune femme est mère d'un enfant de 13 mois, qu'elle nourrit au sein. L'allaitement s'est poursuivi sans autres incidents que des gerçures assez fréquentes et assez nombreuses, siégeant à la base des deux mamelons. Vers le 8 juillet, cette femme remarque sur le sein gauche quelques boutons prurigineux, dont le sommet devient rapidement blanchâtre; elle les recouvre, dans l'intervalle des tétées, de cataplasmes de fécule. Dès le lendemain, ces boutons sont beaucoup plus nombreux, et des lésions identiques apparaissent sur le sein droit. En même temps, se manifestent quelques phénomènes généraux, d'ailleurs légers, et qui disparaissent en 48 heures : petits frissons, un peu de fièvre, céphalée, courbature, perte de l'appétit. Un médecin consulté le 12 juillet envoie la malade à Saint-Louis, où nous l'examinons : Les deux seins sont le siège de lésions vésiculo-pustuleuses très étendues. Sur un fond érythémateux foncé, se détachent de nombreuses vésicules et pustules, qui occupent surtout la région de l'aréole, entourant ainsi le mamelon, qui ne présente que des lésions minimes jusqu'à un demi-centimètre de sa base : érythème léger des deux côtés, et une petite vésicule sur le mamelon gauche.

Les lésions sont surtout abondantes sur le sein gauche, où l'on compte jusqu'à 37 vésico-pustules dans la zone aréolaire; c'est dire combien elles sont rapprochées les unes des autres, confluentes même sur certains points. Elles sont à des stades différents d'évolution : à côté de vésicules typiques, dont les dimensions varient de celles d'une tête d'épingle à celles d'un petit pois et dont le contenu est un liquide séro-purulent de coloration jaune clair, on

(1) HALLOPEAU. *Société de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 3 mai 1900.

(2) AUDRY et LAURENT. *Société de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 7 février 1901.

trouve de véritables pustules, arrondies, saillantes, dures, de coloration blanchâtre, renfermant un liquide trouble, et d'autres qui, rompues, se sont recouvertes d'une croûte brunâtre. Quelques-unes sont creusées en cupule et présentent un double contour : à la périphérie existe un petit liséré blanchâtre, entourant une zone de coloration jaunâtre, dont le centre est occupé par la dépression cupuliforme.

Du côté droit, l'aspect est analogue, mais les éléments sont moins nombreux et plus jeunes et on ne constate pas de confluence.

Au delà de la zone aréolaire, la peau des seins présente un érythème moins marqué, d'où partent quelques traînées lymphangitiques, se dirigeant vers l'aisselle, dont les ganglions sont un peu tuméfiés et douloureux à la palpation.

La malade ne présente plus de phénomènes généraux ; elle accuse un peu de cuisson au niveau des seins et du prurit local.

Son enfant est bien constitué, sa bouche est saine ; ni lui, ni sa mère ne paraissent entachés de syphilis.

Ayant fait dévêtir le nourrisson, nous constatons sur les deux bras des pustules vaccinales typiques, arrivées au début de la période de dessiccation ; elles sont consécutives, nous dit la mère, à une vaccination pratiquée le 27 juin, 12 jours par conséquent avant l'apparition des premières lésions mammaires chez la mère. Nous admettons sans hésitation l'identité de nature des lésions chez la mère et chez l'enfant, étant donné le temps écoulé entre l'inoculation vaccinale du nourrisson et l'apparition des lésions chez la nourrice. Celle-ci n'a d'ailleurs pas le souvenir d'avoir été revaccinée.

Cette femme ne voulant pas entrer à l'hôpital, nous lui conseillons un pansement protecteur anodin au liniment oléo-calcaire et nous l'engageons vivement à revenir nous voir. Nous désirions en effet faire mouler les lésions et en suivre l'évolution, pratiquer au besoin une auto-inoculation, qui au cinquième jour aurait encore eu des chances d'être positive. Mais la malade, malgré sa promesse, ne s'est pas rendue à nos instances et nous ne l'avons pas revue.

Cette éruption a vivement intrigué les médecins et élèves qui assistaient à la consultation ; au premier abord les uns parlaient d'herpès, d'autres pensaient à des chancres syphilitiques multiples des seins. L'embarras aurait pu se prolonger un peu, si la mère n'avait par hasard découvert l'épaule de son enfant et montré les pustules vaccinales qui s'y trouvaient encore à l'état de dessiccation. Le diagnostic dès lors s'imposait :

Pustules vaccinales des deux seins chez une nourrice, par inoculations multiples et successives au niveau de gerçures des aréoles, l'inoculation ayant pu se produire au moment des tétées par contact des seins avec les bras de l'enfant, ou encore par les mains de la mère elle-même, transportant le pus vaccinal des bras du nourrisson aux aréoles, le mamelon restant probablement mieux protégé contre l'inoculation, par le contact avec la bouche de l'enfant et par les mouvements de succion qui pouvaient le déterger.

C'est là un fait suffisamment exceptionnel pour que nous ayons cru devoir le rapporter.

Cancer de la face interne de la joue, guéri sans récidive plus de trente mois après l'intervention.

Par M. MORESTIN.

M. D... que je vous présente, a été opéré le 14 avril 1904, d'un épithélioma de la face interne de la joue gauche, s'accompagnant d'adénopathie sous-maxillaire.

L'ulcération, grande comme une pièce d'un franc, occupait la partie inférieure de la joue et atteignait le sillon gingivo-génien, sans adhérer encore au maxillaire.

La lésion évoluait depuis 6 mois environ et s'était développée sur une plaque leucoplasique. J'enlevai les ganglions, le néoplasme et une notable étendue de la mâchoire, selon une technique que j'ai décrite au *Congrès international de chirurgie* (1900). Les suites furent très simples et le malade guérit très heureusement. Je ne relaterai pas tous les détails de l'observation qui a été publiée dans les *Bulletins de la Société Anatomique* (mai 1906). Je n'insisterai pas non plus sur le procédé opératoire, me bornant à signaler l'importance d'une part de l'éradication du territoire ganglionnaire, d'autre part de la résection de la mâchoire, qui permet une extirpation complète et met à l'abri de la constriction. Je veux seulement attirer votre attention sur la durée de la guérison sans récidive. Trente mois et plus se sont écoulés depuis l'intervention, et rien ne fait présager de récidive. La santé générale est magnifique ; l'état local est tout à fait satisfaisant. Il y a donc lieu d'espérer encore pour notre opéré une très longue survie sinon la guérison définitive.

Or ces cancers de la face interne de la joue comptent parmi les plus redoutables et, pour ma part, ce fâcheux pronostic me paraît complètement justifié. Mais quand ils sont pris de bonne heure, et opérés très largement, comme dans le cas particulier, les résultats peuvent être durables et bons.

M. A. FOURNIER. — Il faut féliciter M. Morestin de ce résultat qui est parfait au point de vue esthétique et qui constitue un véritable succès opératoire puisque l'intervention, faite il y a 30 mois, n'a pas encore été suivie de récidive. Ce cas est comparable à ceux que M. Poirier signalait récemment à l'Académie de médecine.

A un autre point de vue, ce malade est un nouvel exemple de cancer survenu à la suite d'une leucoplasie consécutive elle-même à la syphilis. On sait depuis longtemps que la syphilis peut donner lieu au cancer de la bouche ; on

a signalé récemment qu'elle peut aussi produire du cancer en d'autres régions, particulièrement à l'utérus. (Franceschini, *Annales des maladies vénériennes*, nov. 1906.)

Épithélioma du gland traité par la décortication du gland ; présentation du malade guéri, quatre mois après l'intervention.

Par M. MORESTIN.

J'ai à plusieurs reprises insisté sur la réelle importance qu'il y aurait à réduire les mutilations qu'il est classique de pratiquer dans

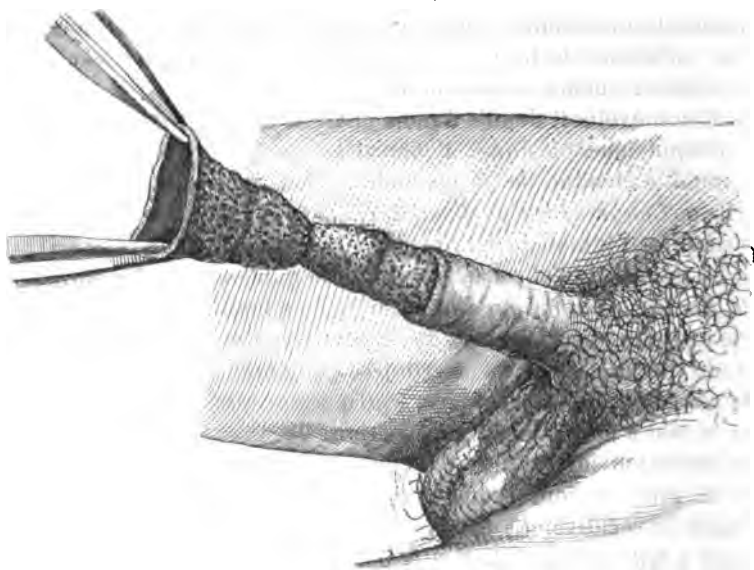


FIG. 4.

les interventions pour cancer de la verge. Ces opérations économiques sont autorisées, moins encore par la qualité de l'organe, que par l'extension très lente et longtemps superficielle des lésions et par la possibilité d'un diagnostic très précoce.

Conformément à cette idée j'ai, chez le malade que je vous présente, pratiqué, pour un épithélioma du gland, dont les allures étaient relativement bénignes, non pas la cruelle amputation de la verge, mais la *décortication* du gland, opération qui, à ma connaissance, n'avait jamais encore été tentée.

Quand j'observai le malade au mois de septembre 1903, le gland était couvert de papillomes cornés dont un au moins avait subi la transformation épithéliomateuse et formait une masse végétante, en chou-fleur, saignante, hérissée de longues papilles d'un gris

rosé. Toute la muqueuse balanique était altérée. Le prépuce manquait, le sujet ayant été circoncis en 1904.

Je pris le parti de sacrifier la muqueuse du gland, le frein, le

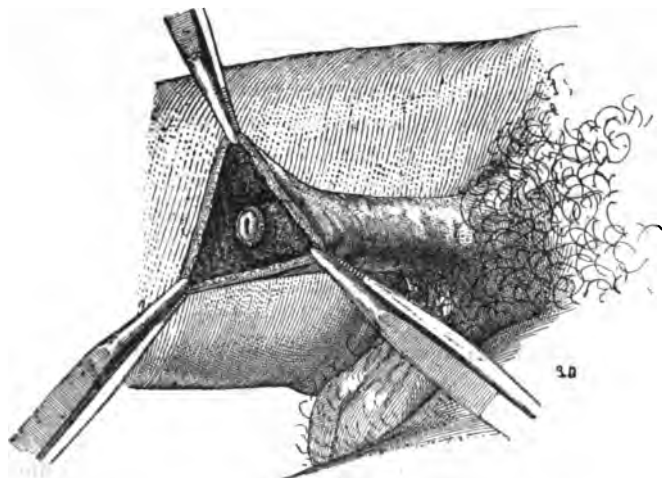


FIG. 2.

revêtement du sillon préputial et de couvrir immédiatement le tissu caverneux exposé par cette dissection, à l'aide d'une



FIG. 3.

autoplastie par glissement, en attirant en avant et suturant au pourtour du méat les téguments du fourreau.

Cette opération eut lieu le 9 septembre 1905 et ne présenta aucune difficulté. Les suites en furent très simples et la guérison opératoire fut obtenue en peu de jours. En décembre 1905, en présentant à la Société Anatomique la pièce dont M. Milian avait bien voulu faire l'examen histologique, je pouvais déjà donner de bonnes nouvelles de mon opéré en ce qui concerne les fonctions de la verge. Aujourd'hui, 14 mois après l'intervention, la situation reste excellente. Aucune trace de récédive. L'érection est parfaitement normale. A ce moment le gland se dessine sous les téguments. Le coït s'exécute sans difficulté ni souffrance, et le malade se déclare à cet égard pleinement satisfait.

Sclérémie de l'adulte avec pigmentation de la muqueuse buccale.

Par MM. AUDRY et BOYREAU.

Conformément au sage conseil de E. Besnier, j'ai conservé le nom de « sclérémie » pour désigner la maladie dont voici une observation résumée; il s'agit d'une dermatosclérose généralisée à évolution rapide. Parmi les différentes variétés de sclérodémie, c'est de beaucoup la plus rare. Toutefois notre observation est tellement conforme au type connu que nous ne l'aurions pas fait connaître, si le malade n'avait présenté une manifestation tout à fait inaccoutumée, ou peut-être simplement inaperçue jusqu'ici : *une pigmentation intense de la muqueuse buccale*, semblable à l'hyperchromie cutanée qui fait partie intégrante de ce syndrome, et exactement comparable, par ailleurs, à la pigmentation addisonienne de la bouche.

Albert C..., menuisier, 70 ans, sans antécédents héréditaires connus, a eu le choléra en Crimée, la dysenterie et du paludisme en Algérie. Vie sobre et régulière.

Le début de la maladie actuelle remonte au mois de décembre 1905; elle a commencé brusquement et sans raison apparente, par un prurit extrêmement violent des mains d'abord, puis de tout le corps, prurit exaspéré pendant la nuit. Il n'y eut jamais ni rougeurs, ni boutons.

Après une application d'une pommade indéterminée, toute la peau se gonfla en quelques heures; depuis lors, elle n'a jamais repris son épaisseur et sa consistance normales; au contraire, elle est devenue de plus en plus ferme, de plus en plus dure. En même temps, elle prenait une couleur brune de plus en plus foncée, et cette coloration s'opéra d'une manière diffuse, totale et égale.

Le malade entra à la clinique de Toulouse le 26 juin 1906; depuis quelques semaines, il trouvait que ses mouvements étaient gênés; leur amplitude étant comme bridée par une peau courte, raide, privée de souplesse et de mobilité par rapport aux parties profondes.

Le prurit était toujours extrêmement pénible.

A son entrée, c'est un homme de petite taille, courbé en avant par une sorte de cyphose dorsale régulière qui ne date que de la maladie.

L'état général est passable. Toute la peau présente une couleur ardoisée diffuse, tirant un peu plus sur la teinte sépia que chez les vrais addisoniens. Sur les cuisses et le dos, traces de grattage.

Aucune autre réaction; point de parasites.

La totalité du tégument est gonflée et indurée; à un degré un peu moindre aux extrémités. Elle glisse mal; elle adhère à l'aponévrose, surtout aux cuisses, où elle semble suivre ou arrêter les muscles; elle est collée aux tibias, aux saillies épiphysaires du genou (fémur). Au toucher, elle résiste fortement, recevant peu ou point l'empreinte du doigt. Tous les mouvements, quels qu'ils soient, sont gênés, gauches; les doigts sont les moins entravés. Il n'y a pas de modification bien appréciable dans les lèvres; les yeux offrent un léger degré d'ectropion. L'épiderme est généralement brillant, mais sans autre modification, sauf au niveau des tempes et des joues, où il offre une apparence pityriasique, rose.

Les phanères sont intactes; les cheveux sont très rares, mais la calvitie est antérieure.

La muqueuse qui tapisse la face interne des joues présente de larges taches brunes ayant à peu près la même couleur et la même intensité de ton que la peau. Ces taches assez mal limitées ont leur maximum à droite, au niveau du sillon interdentaire, et suivant le prolongement des commissures; rien d'anormal sur la langue, ou l'isthme du gosier.

Rien aux poumons. Hypertension artérielle et artériosclérose; deuxième bruit clangoreux; arythmie manifeste. Examen des viscères abdominaux négatif.

Urines : 1 litre environ par 24 heures, acides, contenant : urée 8,07, chlorure 14, phosphate 1,03 et de faibles traces d'albumine.

Point d'anesthésies ni de parésies. Depuis quelques semaines, crises sudorales profuses, surtout le matin.

Traitement : bains, régime lacté, pommade de zinc, lotions phéniquées. Le 4 juillet, prurit un peu amélioré. Le 5, syncope légère. Le 9, exacerbation du prurit; on supprime le régime lacté. Le 1^{er} juillet, toux, quelques râles aux bases; héroïne. 16 juillet, amélioration notable du prurit; 20 juillet, cette amélioration persiste; 23 juillet, les membres inférieurs sont un peu œdémateux. Deux jours après, le malade exige sa sortie. Le prurit est fort amélioré, mais les autres symptômes sont stationnaires.

Examen du sang à ce jour : hématies, 4 743 000; leucocytes, 25 730.

Nous eûmes beaucoup de peine à obtenir des nouvelles de ce patient; enfin nous apprîmes que le 24 août, le malade avait présenté une sorte d'état syncopal, et qu'il était mort le 26 août. Depuis sa sortie de l'hôpital, les symptômes paraissent s'être aggravés. Les mouvements, la marche étaient devenus extrêmement difficiles; c'est à peine s'il avait pu descendre son escalier 5 à 6 fois; ses voisins avaient été frappés de l'augmentation de sa cyphose : « il faisait le cercle », disaient-ils en méridionaux expressifs. Enfin sa peau avait pris une couleur brun noirâtre encore plus intense. Il ne mangeait plus, et absorbait seulement du lait, des fruits, quelques œufs.

La compression veineuse comme moyen diagnostique d'une roséole latente.

Par MM. J. HORAND et R. HORAND.

Au cours des nombreuses ponctions, que nous avons pratiquées depuis 1903, chez les syphilitiques, dans le but de chercher les parasites de leur sang, les flagellés (tréponèmes de Schaudinn), ou les sphères (ou spores), nous avons remarqué que la stase déterminée par la compression veineuse, rendait beaucoup plus évidente la roséole, *la rendait même visible, alors qu'elle était latente auparavant.*

C'est pourquoi nous avons déjà, en faisant une communication à la Société de médecine, appelé l'attention sur ce petit moyen, qui peut rendre de grands services aux praticiens, dans un diagnostic hésitant (1).

Il est d'autant meilleur qu'il est très simple. Il consiste uniquement à poser circulairement, sur la racine d'un membre, d'un bras, par exemple, un lien très souple de caoutchouc et de le maintenir pendant quelques minutes, avec une pince hémostatique. On pourrait aussi se servir d'une bande de toile ou de tout autre lien. Le bras devient vite violacé et les macules de l'éruption latente deviennent apparentes, rouges, cuivrées et livides.

En considérant, d'ailleurs, la photographie des bras d'une de nos malades, on peut se rendre compte que les macules de la roséole sont du côté où la bande élastique a été posée, c'est-à-dire à gauche, foncées, saisissantes, évidentes en un mot, alors que du côté opposé, du côté droit, elles sont imperceptibles.

Ce moyen bien simple nous a permis de diagnostiquer quelquefois une roséole, alors que, même avec un verre bleu, on ne pouvait l'apercevoir. Nous n'avons qu'à relater l'observation de cette femme, de 58 ans, M. L. M..., honnête mère de famille, qui nous a fourni l'occasion de publier cette photographie, pour en donner un bon exemple.

Cette brave femme, souffrant de la tête depuis quelques semaines, avec des insomnies et surtout des troubles gastriques intenses, avait consulté plus d'un médecin en renom. Comme *elle ne présentait aucune éruption apparente sur le corps*, aucun accident spécifique, il avait été impossible de faire un diagnostic et on la croyait atteinte d'une affection de l'estomac. Elle entra à l'Hôtel-Dieu, dans le service de notre maître, M. le professeur Jaboulay, où nous l'avons examinée.

Son anémie nous frappa tout d'abord, et comme, d'autre part, au

(1) Société de médecine, 21 mai 1906. — V. Lyon médical, 1906, p. 1280.

cours de notre examen, elle insistait sur des céphalées et une surdité récente et brusque, nous suspectâmes une syphilis insontium. Nous appliquâmes une bande élastique et nous fîmes de la compression veineuse sur son bras gauche. Au bout de 2 à 3 minutes *la roséole apparaissait sur ce bras gauche et permettait de poser un diagnostic ferme*. Il s'agissait d'une syphilis ignorée et latente.

Depuis lors, l'évolution même de la maladie nous a donné raison ; cette malade a présenté des plaques muqueuses buccales, pharyngées et vulvaires, elle a eu des papules dans la paume des mains, de l'iritis syphilitique de l'œil droit.

Bien que l'on n'ait pas pu trouver le chancre primitif, cette femme a eu une syphilis non douteuse.

Voilà donc encore un cas où la bande élastique a rendu service à une malade, en permettant un diagnostic ferme et un traitement spécifique.

La compression veineuse peut rendre des services, non seulement pour diagnostiquer d'une façon précoce une syphilis, que nul ne pourrait diagnostiquer sans elle, mais encore pour mettre en évidence, lors des démonstrations à des élèves, les éruptions papuleuses syphilitiques peu caractéristiques, en leur donnant leur triste teinte et en exagérant leurs caractères spécifiques.

Cette compression élastique n'offre pas de grands dangers ; toutefois il faut être prudent dans l'application de ce lien. Nous avons vu se produire en maintenant 15 minutes la bande élastique, outre une congestion intense des papules du bras, des pétéchies et des taches purpuriques sans gravité d'ailleurs. Ceci indique seulement combien sont fragiles les capillaires et les vaisseaux des syphilitiques.

Quel est le mécanisme de cette compression veineuse ?

Nous admettons comme étant une explication simple et plausible que la compression des veines amène la réplétion des capillaires veineux et artériels, la dilatation et la congestion des territoires qui en sont tributaires. Or, les macules de la roséole correspondent justement aux territoires des capillaires de la peau et forment de petits îlots sanguins hyperhémisés. En produisant artificiellement la congestion de ces capillaires, on exagère aussi l'hyperhémie latente des macules qui en dépendent, on rend ces dernières visibles.

Cela est si vrai, et tel paraît être le mécanisme de ce procédé clinique, que l'expérience inverse, *la compression artérielle, après anémie du membre par un massage montre, au contraire, une anémie de ces mêmes lésions, une disparition presque totale de l'éruption spécifique*.

La Société décide de reporter au mois d'avril 1907 la séance supplémentaire (consacrée au traitement du lupus tuberculeux) qui devait avoir lieu le 20 décembre 1906.

Une autre séance supplémentaire, destinée à la discussion de la pharmacologie de l'huile grise, aura lieu le 21 février 1907.

Le Secrétaire :

L. BRODIER.

SÉANCE DU 6 DÉCEMBRE 1906

Présidence de M. H. Hallopeau.

SOMMAIRE. — Ouvrage offert à la Société. — A l'occasion du procès-verbal : Sarcome à myéloplaxes primitif de la peau (examen histologique du cas présenté par MM. Gaucher et Hallopeau sous le titre : Sur un mycosis fongoïde à forme ulcéreuse et serpigneuse), par M. MILIAN. (Discussion : M. HALLOPEAU.) — Épithélioma lobulé corné de la langue guéri depuis dix-huit mois, après opération chirurgicale et radiothérapie consécutive, par M. PAUTRIER. — Épithéliomas de la lèvre inférieure et de la face, par M. MORESTIN. — Épithélioma de la tempe adhérent au squelette, extirpation; greffes dermo-épidermiques appliquées secondairement, par M. MORESTIN. (Discussion : M. DANLOS.) — Rhinophyma opéré par l'abrasion modelante, par M. MORESTIN. — Perforations syphilitiques du palais opérées avec succès, par M. MORESTIN. — Angiomes des lèvres, par M. MORESTIN. — Traitement du nævus vasculaire par le radium, par MM. WICKHAM et DEGRAIS. (Discussion : MM. DANLOS, BROCCO, WICKHAM.) — Sur un cas de nævi systématisés lichénoides très nombreux, par MM. HALLOPEAU et BOUDET. (Discussion : M. RENAULT.) — Deuxième note sur une nouvelle forme d'altération papillomateuse en arc du cuir chevelu, par M. HALLOPEAU. — Syphilis en activité et tabes chez le même individu, par MM. DANLOS et DEROT. (Discussion : MM. RENAULT, HALLOPEAU, DANLOS.) — Sur les dangers et la composition du topique dit « Prodermos », par MM. JACQUET et DEBAS. (Discussion : M. BROCCO.) — Liséré mercuriel, par M. MILIAN. — Xeroderma pigmentosum avec épithélioma de la face, par MM. BALZER et MERLE. — Cas probable de xeroderma pigmentosum fruste, par MM. HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY. — Valeur comparative de l'examen clinique et de l'examen histologique dans le diagnostic des tumeurs ulcérées de la peau, par MM. HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY. (Discussion : M. DARIER.) — Sur un cas de trichophytie disséminée du tronc, par MM. HALLOPEAU et BOUDET. — Sur une pandermatite pénienne consécutive à des chancres indurés, par MM. HALLOPEAU et BOUDET. — Sur une variété lipomateuse de la maladie de Dercum avec caractères particuliers, par MM. HALLOPEAU et BOUDET. — Nature tuberculeuse du pityriasis rubra pilaris, par M. MILIAN. (Discussion : MM. PAUTRIER, JACQUET, MILIAN, HALLOPEAU, BALZER, DARIER.) — Tuberculides papulo-nécrotiques transformées in situ en lichen scrofulosorum, chez une fillette de 13 ans atteinte de tuberculose osseuse et ganglionnaire, par MM. DARIER et BRISY. — Leucoplasie et épithéliomatose surtuberculeuses, par M. AUDRY. — Hyperhidrosis nigricans, par M. AUDRY. — Syphilis cérébrale précoce; artérite du tronc basilaire et foyer de ramollissement protubérantiel; guérison. Artérite de la sylvienne, méningite, mort; autopsie, par M. CONSTANTIN. — Elections. — Prix Zambaco.

Ouvrage offert à la Société.

Professeur E. GAUCHER. — Le chancre et les syphilides cutanées et muqueuses, Doin, 1907.

A L'OCCASION DU PROCES-VERBAL

Sarcome à myéloplaxes primitif de la peau (examen histologique du cas présenté par MM. Gaucher et Hallopeau dans la séance du 5 juillet sous le titre : mycosis fongoïde à forme ulcéreuse et serpiginieuse).

Par M. MILIAN.

J'ai eu l'honneur, pendant les mois d'août et de septembre 1906, de remplacer M. Hallopeau, dans son service de l'hôpital Saint-Louis. J'y ai trouvé le malade qu'il a présenté à la *Société de dermatologie*, en juillet 1906, conjointement avec M. Gaucher (1).

L'aspect des lésions était toujours identique :

Le membre inférieur droit, très atrophié, présentait à la face dorsale du genou une vaste ulcération végétante rouge, couleur chair musculaire, assez analogue à une plaie simple bourgeonnante, dont les bourgeons charnus ont dépassé le plan des téguments. La cuisse était couverte de cicatrices souples, blanches, à contours réguliers. Les autres ulcérations décrites dans l'observation de MM. Gaucher et Hallopeau existaient toujours. Le membre était constamment immobilisé en demi-flexion par la vaste ulcération du genou. Cet homme était très amaigri, il avait le teint terreux et blême. Les souffrances étaient intolérables : dès que le pansement humide était enlevé, elles devenaient terribles et arrachaient au malade de pénibles plaintes. Le sommeil devenait impossible et chaque jour, cet homme réclamait à cors et à cris qu'on le débarrassât de ce membre qui le faisait tant souffrir.

D'accord avec M. Hallopeau, je fis passer ce malade en chirurgie, dans le service du Dr Rochard, remplacé par le Dr Lenormant, qui pratiqua la désarticulation de la hanche.

Autopsie du membre désarticulé. — Un examen attentif de la cuisse et du genou a révélé les particularités suivantes :

Les ulcérations siègent exclusivement au niveau de la peau et ne pénètrent pas dans la profondeur : muscles, tendons, squelette sous-jacents sont absolument indemnes. Les ulcérations sont, en réalité, des *infiltrations néoplasiques* et non pas de simples pertes de substance. A leur niveau, en effet, le tégument possède une épaisseur double, triple ou davantage, car elle peut atteindre un centimètre, particulièrement au niveau du bourrelet éversé du rebord des tumeurs.

Sur la coupe perpendiculaire à la surface de la peau, faite dans toute la longueur du membre, les cicatrices cutanées apparaissent minces et non rétractiles.

(1) *Bulletin de la Société de Dermatologie*, juillet 1906, p. 380.

Disséqué dans toute son étendue, le fémur est dépourvu de toute altération. Il ne présente qu'une légère adhérence avec les téguments superficiels au niveau du condyle interne.

Il s'agit simplement d'une petite adhérence inflammatoire, car on n'y voit nulle trace d'infiltration néoplasique. Il en est de même au-devant de la rotule, où les téguments sont symphysés. On voit, d'ailleurs, très nettement, sur une coupe normale à l'os, que celui-ci est séparé du tégument infiltré de néoplasme par du tissu non infiltré, dont on distingue les diverses couches aponévrotique, adipeuse, etc.

Le fémur, scié perpendiculairement à son axe, a conservé sa dureté; la moelle osseuse y paraît normale, l'articulation du genou est saine, sans la moindre ankylose, et les cartilages synoviaux ont conservé leur poli.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Des coupes ont été pratiquées par l'hématoxyline-éosine, la thionine, le van Gieson.

La tumeur est, en majorité, formée de grosses cellules arrondies ou dessinant un quadrilatère irrégulier, représentant à peu près huit à dix fois le volume d'un lymphocyte. Le protoplasma est bien coloré par l'éosine, médiocrement par la thionine, quelquefois vacuolaire; le noyau remplit les cinq sixièmes de la cellule; il est, ou arrondi, ou conique, ou bilobé, ou ovalaire, ou triangulaire. Ce noyau est clair et présente des granulations petites, uniformément répandues dans sa masse.

Il existe, en outre, un nombre considérable de myéloplaxes à noyau tire-bouchonné ou trilobé ou plus irrégulier encore, qui est également clair, à granulations et à nucléoles. Quelques-unes de ces cellules, mais très rarement, ont manifestement plusieurs noyaux; le protoplasma de ces myéloplaxes est rempli de vacuoles quelquefois extrêmement volumineuses; dans certaines, le noyau a disparu et il ne reste plus que le protoplasma vacuolaire.

On saisit tous les intermédiaires entre les myéloplaxes et les cellules rondes, décrites en premier lieu, et il est manifeste que ceux-là dérivent de celles-ci.

Il existe, en outre, un assez grand nombre de cellules embryonnaires à noyau rond clair et granuleux, auxquelles il semble manquer l'opacité pour être des lymphocytes.

Il existe au sein de ces diverses cellules, assez fréquemment, des figures de karyokinèse régulières.

Dans les régions voisines de la surface, existent des polynucléaires. De temps en temps, on rencontre, dans les préparations à la thionine, une mastzelle.

On ne trouve pas d'éosinophiles, bien que la pièce ait été fixée au formol.

Les cellules de la tumeur sont isolées les unes des autres sans ciment intercellulaire; elles sont séparées par un réticulum des plus évidents, formé aux dépens de cellules conjonctives hypertrophiées qui conservent nettement leur individualité. Ce réticulum s'appuie sur des parois de vaisseaux, eux-mêmes constitués presque uniquement par des cellules conjonctives. De nombreux capillaires à cellules endothéliales volumineuses parcourent la

masse et paraissent creusés dans la tumeur; beaucoup d'entre eux sont gorgés de sang et renferment aussi quelques polynucléaires.

La *zone d'envahissement*, voisine de la tumeur, montre des cellules conjonctives très hypertrophiées et par places, même, des faisceaux conjonctifs épaissis, mais il ne semble pas que les cellules conjonctives participent à la formation des cellules de la tumeur, autrement dit, que celles-ci résultent de la transformation directe de celles-là. Au niveau de la tumeur, l'épiderme a disparu. A la périphérie de celle-ci, l'épiderme est atteint d'hyperacanthose avec disparition des couches superficielles de l'épiderme, du *stratum granulosum*; en particulier, les couches superficielles de cet épiderme sont infiltrées de nombreux leucocytes. Le corps muqueux de Malpighi est œdémateux; ses cellules sont vacuolaires à noyau excentrique, et ressemblent à des vésicules adipeuses. Les papilles sont très œdémateuses, remplies de capillaires, gorgées de globules rouges et possèdent quelques polynucléaires. Dans le liquide d'œdème on trouve, éparses et en petit nombre, les diverses variétés des cellules de la tumeur, ainsi que des cellules conjonctives hypertrophiées. Sur certaines coupes, l'épiderme envoie des boyaux irréguliers dans la profondeur, comme s'il s'agissait d'épithélioma.

Les papilles sont très œdémateuses, remplies de capillaires, gorgées de globules rouges et possèdent quelques polynucléaires. Dans le liquide d'œdème on trouve, éparses et en petit nombre, les diverses variétés des cellules de la tumeur, ainsi que des cellules conjonctives hypertrophiées.

Réflexions. — Il s'agit donc d'un sarcome à myéloplaxes primitif de la peau. La clinique a montré le début par la peau; et l'anatomie, la localisation unique des tumeurs à la peau.

Il s'agit bien, histologiquement, d'un sarcome, étant donnés le volume des cellules et la présence des néo-vasseaux. C'est cette catégorie de tumeurs primitives de la peau que Darier a décrites sous le nom de lympho-sarcomes (1) à cause de la présence d'un réticulum.

M. HALLOPEAU. — Je rappellerai que, dans ce cas, la biopsie faite par M. Gastou a montré, comme l'examen fait par M. Milian, la présence d'un réticulum net. N'est-ce pas là un argument d'une grande valeur en faveur d'un mycosis? Nous rappellerons que, d'autre part, les caractères cliniques de la lésion indiquaient qu'il s'agissait vraisemblablement de néoplasies de cette nature.

Épithélioma lobulé corné de la langue guéri depuis dix-huit mois, après opération chirurgicale et radiothérapie consécutive.

Par M. PAUTRIER.

J'ai déjà eu l'honneur de montrer à la *Société de dermatologie*, au mois de juillet 1905, le malade qui fait l'objet de cette observation;

(1) DARIER. *Pratique dermatologique*, t. III.

je l'avais présenté comme un insuccès de la radiothérapie dans le traitement du cancer de la langue.

Je rappelle brièvement la description clinique des lésions, telles que j'avais pu les examiner avant tout traitement :

M. L..., 47 ans, syphilitique, fumeur, présentant plusieurs plaques de leucoplasie sur la muqueuse linguale, présente, en outre, une tumeur volumineuse qui occupe la moitié gauche de la langue, dans le tiers moyen de cet organe. Plus exactement, elle commence juste au niveau du bord gauche de la langue et s'étend sur la face dorsale, dépassant un peu la ligne médiane. Elle mesure 3 centimètres de long sur 2 de large et 1 centimètre de hauteur, au niveau de sa partie médiane la plus élevée. Sa surface est irrégulière, végétante, bosselée; elle présente des saillies arrondies, limitées par des sillons peu profonds. Le bord de la tumeur est très nettement délimité sur tout son pourtour, d'abord par la saillie très nette qu'il fait sur la surface de la langue, et ensuite par un sillon qui sépare le bord de la tumeur, de la langue elle-même. Ce sillon n'a pas partout la même profondeur: à gauche, sur le bord de la langue, il est à peine indiqué, et ne reçoit que la pointe d'un stylet, tandis que, sur la surface médiane de la langue, il s'enfonce profondément sous la tumeur.

En d'autres termes, à ce niveau, celle-ci a une surface d'implantation beaucoup plus faible que sa surface de recouvrement, rappelant la disposition d'un champignon. Sur ce point, la tumeur est donc nettement pédiculée.

La couleur de cette masse végétante est la teinte rose ordinaire de la muqueuse linguale. Cependant, sa surface est recouverte par places d'un enduit blanchâtre très adhérent, de consistance cornée.

Au toucher, la tumeur est dure et résistante. Cependant, si l'on palpe la langue dans son épaisseur, dans la partie sous-jacente à la tumeur, on ne sent pas de noyau d'induration profonde; la masse végétante semble s'être développée uniquement à l'extérieur, en surface.

En palpant toute la région sous-maxillaire avec beaucoup de soin, on trouve, de chaque côté, près de l'angle du maxillaire, un petit ganglion non douloureux, facilement mobilisable, résistant.

Une biopsie, faite avant tout traitement, montre qu'il s'agit d'un épithélioma lobulé corné.

A la demande du malade, qui voulait éviter une opération chirurgicale, et tenté par le côté « extériorisé » de la tumeur, qui paraissait développée toute en surface, avec un minimum d'infiltration de la portion linguale sous-jacente et un retentissement ganglionnaire presque insignifiant, j'avais essayé le traitement radiothérapique. Celui-ci, poursuivi pendant quatre mois et demi, au cours desquels la tumeur absorba 65 H, avait produit, dès le début, des modifications telles, que j'avais cru tout d'abord à la guérison possible: la masse de la tumeur avait diminué considérablement de volume, s'était affaissée, avait paru fondre. Puis, avec les périodes de traitement ou de repos, avaient succédé des alternatives de régression et de réci-

dive. Mais bientôt la tumeur regrossit et un nouveau noyau cancéreux apparut sur le bord gauche de la langue, près du plancher de la bouche. Je déclarai alors au malade, sur les instances duquel j'avais prolongé le traitement plus que je ne l'aurais voulu, que je me refusais absolument à continuer la radiothérapie et je le décidai à subir l'opération nécessaire.

L'état, en juillet 1903, était le suivant :

Depuis un mois que les lésions n'avaient plus été traitées, la tumeur avait de nouveau grossi : elle mesurait environ 2 centimètres et demi de long, sur un et demi de large ; elle formait une masse arrondie, dure, lardacée, parsemée d'ulcérations sanieuses ; à sa partie antérieure s'était développée une masse secondaire, une sorte de bourgeonnement, séparé de la tumeur principale par un sillon.

De plus, on trouvait sur le bord gauche de la langue, à cheval entre ce bord et le plancher de la bouche, une nouvelle tumeur qui, en un mois, s'était développée rapidement ; elle était allongée d'avant en arrière, ayant la forme d'une amande verte coupée en deux et répondant, par sa tranche, au rebord du maxillaire ; cette nouvelle tumeur mesurait 2 centimètres de long sur 1 de large ; elle était d'aspect blanchâtre, lardacée, très douloureuse.

En même temps, le malade souffrait de douleurs très vives dans l'oreille ; il maigrissait considérablement.

Malgré les conditions favorables, l'extériorisation des lésions qui permettait de les atteindre facilement, l'intensité du traitement fait, l'échec de la radiothérapie était donc complet. Il semblait même qu'elle eût provoqué une aggravation : on pouvait admettre que la seconde tumeur s'était formée indépendamment de tout traitement ; cependant, sa rapidité d'évolution était frappante.

Je demandai à mon maître et ami, M. Sébilleau, de vouloir bien pratiquer l'opération nécessaire. Celle-ci ne paraissait pas se présenter dans des conditions très heureuses ; en raison de la rapidité d'évolution de la masse secondaire, et tout en décidant l'intervention chirurgicale, qui restait la seule ressource, nous faisions toutes les réserves que comporte, en général, le pronostic de ces exérèses.

L'opération fut pratiquée le 13 juillet 1903. La langue fut incisée et réséquée obliquement, presque toute la moitié gauche et toute la pointe de cet organe furent enlevées ; l'incision débordait de plus d'un centimètre toutes les limites visibles de la tumeur ; on put cependant conserver un moignon de langue, représenté par la base et une portion de la moitié droite du muscle lingual. L'opération put être complètement pratiquée par voie buccale. Une incision cervicale latérale permit d'aller à la recherche des ganglions carotidiens qui furent méthodiquement disséqués et extirpés.

Les suites opératoires furent parfaites. Il convient en effet, comme l'a fait remarquer M. Sébilleau, de faire une distinction importante

entre les cancers de la moitié antérieure de la langue, dont l'ablation est beaucoup moins sévère, et les cancers de la moitié postérieure, envahissant le sillon glosso-épiglottique, l'épiglotte, et nécessitant une pharyngectomie complémentaire, qui entraîne une mortalité opératoire considérable par septicémie, septicémie respiratoire, septicémie digestive, septicémie veineuse.

De même, au point de vue opératoire, il n'y a pas de comparaison entre l'ablation par les voies naturelles, par la cavité buccale, chaque fois qu'elle est possible, la manière surprenante dont se défend la bouche quand elle n'a pas été mise par des incisions cervicales en communication avec le tissu cellulaire du cou, et l'intensité des septicémies qui suivent la destruction large du plancher buccal, l'ouverture du pharynx.

Notre malade était donc dans de bonnes conditions opératoires, l'opération ayant pu se faire par la cavité buccale, et les ganglions ayant été recherchés et enlevés séparément, par des incisions méthodiques.

Au bout de quinze jours, nous fîmes, par précaution, une première séance de radiothérapie sur la plaie linguale et sur le trajet des incisions ganglionnaires, faisant absorber 4 H à chaque région. Quatre autres séances semblables ont été pratiquées ensuite, de 15 jours en 15 jours, dans des conditions identiques.

Or, aujourd'hui, un an et demi après l'intervention chirurgicale, la guérison se maintient, complète. Le moignon de langue s'est parfaitement cicatrisé; il permet au malade de manger facilement, et de parler de façon à se faire comprendre sans peine, malgré une certaine gêne de la parole. Mais le malade, qui est sergent de ville, a pu reprendre, depuis plus d'un an, son service actif. On trouve actuellement, au niveau de la cicatrice opératoire de la langue, une sorte de saillie un peu mamelonnée, mais qui existe depuis un mois après l'opération; elle est vraisemblablement due à une sorte de hernie du muscle lingual comprimé par les bandes cicatricielles qui se sont formées sur le moignon lingual; elle a toujours le même aspect, la même consistance, depuis plus d'un an, et il ne s'agit certainement pas, à l'heure actuelle, d'un noyau de récurrence sur ce point. On ne trouve aucun ganglion sous-maxillaire, ni carotidien.

Voici donc un cas, profondément encourageant, à ajouter à la liste, trop courte, malheureusement, des cancers guéris par l'opération. Je ne reviendrai pas sur les réflexions dont j'avais accompagné la présentation de ce malade, en juillet 1903, touchant l'action négative, et peut-être défavorable de la radiothérapie, dans le traitement du cancer de la langue. Les rayons X, qui constituent un traitement si remarquable de l'épithélioma cutané, sont bien loin de posséder une action thérapeutique semblable sur les épithéliomas des muqueuses.

Il importe donc de ne leur demander que ce qu'ils sont capables de donner, pour leur conserver tout leur crédit. Je ne crois pas qu'il ait été publié un seul cas de cancer de la langue guéri par la radiothérapie seule, vraiment probant, et accompagné de tous les documents et examens histologiques confirmatifs. La radiothérapie, dans des cas semblables, ne semble donc devoir intervenir qu'après l'exérèse. Sans doute, l'opération chirurgicale n'est très souvent qu'un moyen de prolonger le malade, et ce n'est pas d'un seul cas heureux que l'on peut tirer des conclusions générales. Néanmoins, il y a là, nous semble-t-il, un élément propre à corriger quelque peu le pronostic, en général si sombre, de cette affection. C'est à ce titre que ce malade nous a paru intéressant à présenter. J'ajouterai, pour terminer, que l'examen histologique de la tumeur enlevée, pratiqué sur plusieurs points, a montré partout qu'il s'agissait bien d'un épithélioma lobulé corné.

Épithéliomas de la lèvre inférieure et de la face.

Par M. MORESTIN.

Cet homme, âgé de 50 ans, Louis H..., mécanicien de chemin de fer, était porteur de trois petits épithéliomas, développés : l'un au-devant de l'oreille droite, sur les téguments de la région parotidienne ; l'autre, sur la bosse frontale droite ; le troisième, sur la lèvre inférieure. La lésion préauriculaire évoluait depuis plus de six ans. Elle était grande comme une de nos anciennes pièces de 20 centimes. Elle était ulcérée, entourée d'un léger bourrelet et présentait un fond irrégulier, couvert de fines végétations inégales, offrant, d'ailleurs, l'aspect caractéristique des épithéliomas. La lésion avait progressé avec une très grande lenteur ; sous l'influence d'une application caustique, elle s'était même cicatrisée en partie, et sur son pourtour demeurait encore une surface cicatricielle, vestige de cette amélioration temporaire.

La plaque frontale, également ulcérée, et non moins typique, existait depuis 5 ans et demi ; elle était comparable, en étendue, à une pièce de 50 centimes. Elle était distante d'un travers de doigt de la ligne médiane, descendait à deux travers de doigt du sourcil, et, en haut, s'arrêtait à près de deux travers de doigt des cheveux.

Enfin, sur la bordure rouge de la lèvre inférieure, exactement sur la ligne médiane, et sur le versant extérieur, s'élevait une plaque épithéliomateuse, grande comme une lentille, dure, sèche, couverte d'une petite croûte. Cette lésion évoluait aussi avec une très grande lenteur, puisqu'elle avait, au dire du malade, débuté près de cinq ans auparavant.

Pas de ganglions. État général excellent. Aucune trace de leucoplasie buccale. Pas de syphilis. Le 9 juillet, je fis l'ablation de la plaque frontale et je réunis transversalement la plaie grande comme une pièce de 1 franc, résultant de cette ablation.

Le 11 juillet, j'enlevai la lésion préauriculaire.

Enfin, le 29 juillet, j'extirpai la plaque labiale. En raison de sa très lente évolution et de son caractère très superficiel, je me bornai à une incision en V.

Les trois petites interventions furent pratiquées sous l'anesthésie locale. Je dus les espacer parce que notre malade, bien que très robuste, était d'une émotivité extraordinaire et fut pris, chaque fois, de sueurs froides, de tremblement et de tendance à la syncope.

Ai-je besoin d'ajouter que les suites de ces trois interventions si simples ont été elles-mêmes d'une grande simplicité.

Leurs traces sont aujourd'hui presque invisibles.

**Épithélioma de la tempe adhérent au squelette; extirpation;
greffes dermo-épidermiques appliquées secondairement.**

Par M. MORESTIN.

Les vastes plaies que laissent les extirpations d'épithéliomas étendus de la face, sont, dans nombre de cas, d'une réparation très difficile si l'on veut obtenir immédiatement cette réparation. En l'ajournant, en pratiquant secondairement l'autoplastie ou l'application des greffes dermo-épidermiques, on procure souvent au malade une guérison meilleure, obtenue à moins de frais, tout en s'épargnant, à soi-même, beaucoup de peine. Le présent malade en est un exemple. Il était porteur d'un épithélioma de la tempe, exigeant un sacrifice cutané considérable, adhérent à l'aponévrose temporale et même au contour osseux de la fosse temporale; dans cette région et dans de telles conditions, l'autoplastie immédiate est fort difficile. Or il a guéri très simplement par l'application de greffes dermo-épidermiques faites secondairement. Voici du reste son histoire, que les deux figures ci-jointes me permettront de rendre plus brève :

C..., 55 ans, sellier, était atteint depuis plus de deux ans d'une lésion ulcéreuse de la tempe gauche, quand il vint me demander des soins au mois de mai de cette année. Il avait séjourné à Saint-Louis, où il avait été soumis, pendant assez longtemps, à un traitement radiothérapique qui était demeuré inefficace. Au moment de mon examen, la plaque ulcérée couvrait tout l'espace compris entre le sourcil et les cheveux et même envahissait quelque peu le sourcil d'une part, le cuir chevelu, de l'autre. Au-dessous du sourcil, elle poussait un prolongement sur la paupière supérieure. En haut, elle remontait jusqu'à la partie la plus élevée de la tempe dans sa portion non couverte de cheveux; en bas, s'arrêtait à l'arcade zygomatique. Ses dimensions étaient environ trois travers de doigt dans le sens vertical, deux dans le sens transversal, en ne tenant compte que de l'ulcération; mais la peau était infiltrée et malade bien au delà. Au reste, rien ne manquait des signes qui peuvent caractériser un épithélioma cutané à tendance ulcéreuse :

bourrelet, fond irrégulièrement creusé, couvert de détritux fétides et de saillies inégales, saignotement sous le plus léger frottement. La plaque épithéliomateuse adhérait profondément à l'aponévrose temporale et même au frontal au niveau de l'apophyse orbitaire externe et de la ligne saillante qui contribue à circonscrire la fosse temporale. Pas d'adénopathie préauriculaire ni cervicale (Fig. 1).

Le 2 juin, je pratiquai l'ablation de cet épithélioma, sacrifiant autour de la



FIG. 1.

lésion une large zone de peau saine, comprenant un peu de cuir chevelu, une partie du sourcil et de la paupière supérieure. Je réséquai l'aponévrose temporale et fis sauter au ciseau, sous forme de copeaux, les parties osseuses au niveau desquelles la plaque épithéliomateuse avait perdu de sa mobilité. En un point grand comme l'ongle de l'index, la dure-mère fut mise à nu. La temporale superficielle avait été réséquée. Je dus en lier les bouts ainsi que trois ou quatre artérioles.

Les dimensions de la plaie, dont j'ai pris le décalque, étaient alors de 9 centimètres dans le sens vertical, sur 8 dans le sens transversal. Je me gardai bien de tenter aucune espèce d'autoplastie et, à la surprise des assistants, je me bornai tout simplement à panser à plat, avec des compresses de gaze aseptique.

Le travail de réparation spontanée amena, en peu de jours, le nivellement de cette plaie irrégulière ; la dure-mère, la brèche osseuse, les fibres du muscle temporal disparurent sous une couche unie et plane de bourgeons charnus, rosés, de la plus belle appa-



FIG. 2.

rence. Le 28 juin, avivant cette surface à la curette, j'y posai des greffes dermo-épidermiques prélevées sur une des cuisses.

Le 25 juillet la cicatrisation complète était obtenue ; et la guérison parfaite se maintient depuis ce moment (Fig. 2).

M. DANLOS. — Je rappellerai simplement que ce malade a été soumis, sans succès, pendant plusieurs mois, à la radiothérapie dans mon service.

Rhinophyma opéré par l'abrasion modelante.

Par M. MORESTIN.

Quel que soit le volume du nez, dans l'acné hypertrophique, les lésions restent toujours superficielles et s'arrêtent au contour nari-

naire. La tumeur est constituée exclusivement par des glandes sébacées énormes et la peau, plus ou moins épaissie, altérée et modifiée par un processus d'inflammation chronique.

Aussi l'ablation des parties malades peut-elle être effectuée sans porter aucune atteinte à l'architecture du nez. Cette opération est généralement désignée, depuis Ollier, sous le nom de *décortication* du nez. Ce mot fait image, mais il est excessif, et je préfère le terme



FIG. 1.

d'abrasion modelante, qui donne une plus juste idée de l'intervention, laquelle consiste à tailler et à modeler le nez en enlevant successivement des copeaux de la masse hypertrophique, en la pelant comme une poire jusqu'au voisinage du squelette fibro-cartilagineux qui ne doit pas être mis complètement à nu, non plus que le squelette proprement dit.

L'anesthésie cocaïnique suffit pour cette opération qui, en somme, est fort simple.

L'hémorragie, assez abondante, s'arrête par la compression. En général on n'a aucune ligature à faire, et il est même presque toujours inutile de placer des pinces pendant l'opération.

Il n'est pas nécessaire de pratiquer aucune autoplastie. La réparation spontanée se fait très rapidement en quatre ou cinq semaines et le résultat est constamment favorable. J'ai déjà publié antérieurement quatre cas d'acné hypertrophique traités avec succès (*Archives générales de Médecine*, 1903 ; Congrès français de Chirurgie, 1905).

Je viens d'en observer un cinquième, que je vous présente aujourd'hui bien guéri.

Il s'agit d'un homme de 57 ans, D..., cultivateur, entré dans mon service,



FIG. 2.

à la maison Dubois, le 18 octobre 1906. Le début de la maladie remontait à dix ans environ, mais depuis dix-huit mois, le nez avait pris des proportions considérables. On peut juger, d'après les figures, du volume et de l'aspect de l'organe. Le lobule, les ailes, le dos du nez étaient couverts de masses bosselées ; une d'entre elles, particulièrement importante, implantée sur l'aile gauche, était à elle seule grosse comme une noix. Le gros des lésions s'arrêtait au voisinage des os propres du nez, mais bien au delà presque jusqu'à la racine et, latéralement, jusqu'au sillon naso-génien, les téguments étaient le siège d'altérations du même ordre, quoique moins accentuées. Les masses bosselées, formant tumeur, étaient criblées d'orifices d'où la pression



FIG. 3.



FIG. 4.

faisait sourdre une matière butyreuse d'un blanc jaunâtre. Les lésions s'arrêtaient au pourtour des narines. Comme il est de règle, le sujet n'éprouve ni gêne ni souffrance, mais il se sent ridicule et voudrait cesser d'être l'objet des railleries. Il ne paraît pas avoir fait grand abus de vin ni d'alcool, malgré l'opinion très répandue qui veut voir constamment dans cette affection une difformité expiatoire de l'ivrognerie.

Le 29 octobre, je pratiquai l'*abrasion modelante*, me bornant à l'anesthésie locale par infiltration cocaïnique.

J'enlevai par copeaux toutes les parties altérées, jusqu'au voisinage du squelette. Pas de ligatures; tamponnement à la gaze stérilisée, avec deux drains dans les narines, pour permettre la respiration nasale.

Les suites sont des plus simples; le pansement est réduit chaque fois, les tubes nasaux sont retirés au bout de 48 heures. La réparation s'effectue avec une très grande rapidité. La plaie se nivelle, s'épidermise de la périphérie au centre. L'opéré nous quitte le 3 novembre, portant encore une plaie comparable en étendue à une pièce de 50 centimes. Le 27 novembre, nous constatons la guérison complète, et les photographies ici reproduites sont prises ce même jour (Fig. 3 et 4).

Perforations syphilitiques du palais opérées avec succès.

Par M. MORESTIN.

Les perforations palatines dues à la syphilis sont fréquemment médianes et peu étendues. Elles sont alors justiciables d'une uranoplastie ou d'une urano-staphylorrhaphie typique et, dans ces conditions favorables, fournissent des succès à peu près constants.

Il faut, bien entendu, que le foyer soit complètement détergé et les bords cicatrisés, mais il n'est pas nécessaire d'attendre plus de quelques semaines après la fin des accidents pour entreprendre l'opération, pourvu que ce laps de temps soit consacré à un sérieux traitement antisiphilitique. Les résultats, au point de vue de la phonation, sont immédiatement satisfaisants, contrairement à ce que l'on observe dans les urano-staphylorrhaphies pour divisions congénitales. Ici il n'est aucun besoin de rééducation. Aussitôt fermée la perforation, la parole est rétablie dans ses conditions normales (nous supposons toujours une petite perte de substance). A titre d'exemple, je présenterai les deux faits suivants, avec les moulages avant et après l'opération :

Obs. I. — Raymond C..., âgé de 13 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis le 2 avril 1906, dans le service du Dr Arrou que je remplaçais. Dans le courant du mois de mars, cet enfant, après avoir éprouvé pendant quelques jours une gêne graduellement croissante dans les mouvements de la

déglutition, eut un matin la surprise et l'ennui de constater que les liquides refluaient par le nez, que sa voix avait pris un timbre étrange et était devenue presque inintelligible. Il fut d'abord conduit dans un dispensaire où pendant une quinzaine il reçut quelques soins insignifiants, puis à Saint-Louis. Il présentait alors une perforation ovale siégeant sur la ligne médiane, à la partie antérieure du voile, perforation à bords épais, violacés et frangés d'une eschare en bande jaunâtre. Un traitement par les piqûres d'huile biiodurée fut institué sans retard. Au bout de peu de temps l'orifice était complètement détergé; ses bords dégonflés se couvraient d'épithélium, et la perte de substance parut bien moindre qu'on n'aurait pu le craindre, tout d'abord. La perforation était réduite aux dimensions suivantes : 17 millimètres dans le sens antéro-postérieur, 7 millimètres dans le sens transversal. Au sujet de l'origine de cette syphilis, nous ne pouvons décider si elle était acquise dans l'enfance, ou héréditaire; l'examen du sujet ne nous fournit aucun stigmate caractéristique et nous n'avons pu interroger ses parents.

Le 10 mai, je pratiquai l'urano-staphylorrhaphie par le procédé classique des deux lambeaux à double pont, rapprochés et réunis sur la ligne médiane après mobilisation à la rugine. Je plaçai quatre fils d'argent, assurant un bon affrontement. L'opération ne présenta rien de particulier et s'effectua très régulièrement. Les suites furent très simples, les fils ôtés le cinquième jour et la réunion obtenue. La guérison ne s'est pas démentie bien que l'enfant ait eu, par la suite, d'autres accidents syphilitiques, notamment une grave irido-choroïdite de l'œil droit. Dès que la parole lui a été permise après l'intervention, il a retrouvé une élocution absolument normale.

Dans l'autre cas la perforation était plus large et siégeait sur le palais osseux.

Obs. II. — Le sujet est un homme de 35 ans, client de M. le professeur Gaucher, qui lui donnait des soins pour une syphilis des plus malignes et des plus rebelles. Ce malheureux eut la folie de se marier trois ans après le début de cette syphilis grave, mais le jour même de ses noces son palais se perfora. Au mois de février 1903, je lui fis l'ablation d'un gros séquestre comprenant une partie du vomer et des apophyses palatines du maxillaire supérieur.

Le 24 août 1903, je pratiquai l'uranoplastie. La perforation occupait le centre de la voûte palatine. Elle était presque exactement ronde, présentait 18 millimètres dans le sens antéro-postérieur, comme dans le sens transversal. Une ligne horizontale passant par sa limite antérieure eût rencontré les deux petites molaires postérieures, une autre passant par sa limite postérieure eût traversé les deuxièmes grosses molaires. L'opération n'offrit aucune difficulté particulière et fut conduite selon la technique ordinaire des deux ponts périostéo-muqueux détachés à la rugine et suturés l'un à l'autre sur la ligne médiane. J'appliquai quatre sutures au fil d'argent. Les suites furent bonnes. Dès le lendemain le malade pouvait non seulement se lever, mais s'absorber dans une importante correspondance d'affaires. Au bout de 48 heures il quittait la maison de santé.

Le 1^{er} septembre, cinq jours après l'intervention, les fils étaient retirés. La réunion était parfaite et définitivement obtenue. Les plaies latérales

elles-mêmes se cicatrisèrent en moins d'une quinzaine. Le sujet a récupéré pour ainsi dire immédiatement sa voix normale.

Angiomes des lèvres.

Par M. MORESTIN.

Les angiomes de la face, en général, et des lèvres, en particulier, outre les dangers que comporte parfois leur évolution, constituent des difformités toujours choquantes et souvent choquantes à l'excès. Même en se plaçant au seul point de vue esthétique, il est clair que les angiomes des parties constamment découvertes doivent être le plus tôt possible l'objet d'un traitement très actif. Or il n'en est pas de plus expéditif et qui fournisse des garanties plus certaines d'une bonne et définitive guérison, que l'extirpation chirurgicale, quand elle est applicable, quand il n'existe point de contre-indications tirées du volume, de l'étendue, du siège, des connexions de la tumeur, de l'âge ou du degré de résistance du sujet. Quand il s'agit de jeunes filles la question d'esthétique prend, on le conçoit, une importance capitale et l'on doit apporter tous ses soins à obtenir une restitution parfaite, ou tout au moins satisfaisante, des formes extérieures.

En voici deux exemples que je suis heureux de vous présenter, deux cas d'angiomes des lèvres. Dans le premier, il s'agit d'une tumeur petite, s'offrant dans des conditions relativement favorables :

Une jeune fille de 13 ans, Louise D..., entre le 4 août 1903 à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de mon ami Arrou que je remplaçais. Cette enfant porte à la lèvre supérieure, dans le voisinage immédiat de la commissure droite, une petite tumeur du volume d'un haricot, qui vient faire saillie au niveau du bord libre. La tumeur est facilement et complètement réductible, la muqueuse qui la couvre offre une coloration violacée; elle est complètement indolente. C'est donc un angiome. Sa présence n'a été remarquée que depuis dix mois. Son volume augmente sans cesse, et la saillie qui en résulte dépare la physionomie, par ailleurs fort gracieuse, de M^{lle} Louise D....

Le 7 août je pratique l'ablation de cet angiome. La muqueuse du bord libre soulevée par la tumeur, ne paraissant pas incorporée à celle-ci et manifestement envahie par le tissu angiomateux, je résolus de conserver ce bord et d'aborder, par la face profonde de la lèvre, la production que je voulais détruire. J'incisai donc la muqueuse labiale, transversalement, à 7 ou 8 millimètres du bord libre, traversai la couche glandulaire sous-muqueuse, et rencontrai le tissu érectile pathologique dans l'épaisseur de la couche musculaire. Je fis l'extirpation de la tumeur, détruisant en même temps un certain nombre de faisceaux musculaires et rasant en bas le revêtement cutanéomuqueux du bord libre. Je n'eus pas de ligature à faire; la compression maintenue pendant quelques instants suffit à l'hémostase. Il me restait maintenant un excédent de muqueuse; j'en sacrifiai la partie voisine de l'in-



FIG. 1.



FIG. 2.

cision, pour attirer en arrière et remonter celle qui formait sac et flottait au niveau du bord libre. J'en réséquai assez pour obtenir une très, très légère hypercorrection, comptant qu'il se produirait un peu de relâchement après l'ablation des fils. La plaie fut réunie par quatre points de suture à la soie très fine.

De fait, les choses se passèrent bien ainsi. Quand j'enlevai au sixième jour les fils dont les anses étaient devenues lâches, ayant quelque peu coupé la muqueuse, la lèvre avait repris une symétrie complète et l'aspect normal.

La photographie ici reproduite a été prise peu de jours après le 25 août, une quinzaine par conséquent après l'intervention ; elle montre que le résultat ne laisse aucunement à désirer (Fig. 2).

Ce résultat s'est maintenu irréprochable, et je vous présente aujourd'hui la malade, dix-huit mois après l'opération. Il n'y a aucune trace de récurrence, l'ablation ayant été complète, et d'autre part il est absolument impossible de soupçonner que cette jeune fille a subi une intervention quelconque.

Dans le second cas, les choses étaient beaucoup plus compliquées, l'angiome volumineux et l'intervention assez délicate.



FIG. 3.

Cette malade, Julia Lesn..., âgée de 20 ans, est entrée dans mon service

à la maison Dubois, le 18 octobre 1906. Elle m'était adressée par M. Brocq. Depuis sa naissance, Julia L... portait à la lèvre inférieure une tumeur, qui d'abord toute petite, prit dans la première enfance un rapide développement. A trois reprises, alors qu'elle avait 2, 3 et 5 ans, on fit des tentatives d'ablation, certainement incomplètes, car elles n'empêchèrent point la lésion de reparaitre et de progresser, mais qui, peut-être, contribuèrent à en ralentir la marche. Quoi qu'il en soit, un temps vint où la tumeur demeura à peu près stationnaire. Depuis bien des années déjà, elle n'a plus de tendance



FIG. 4.

à s'accroître. Mais son volume est considérable et il en résulte une difformité hideuse, dont la pauvre fille a beaucoup souffert moralement. Toute sa jeunesse a été assombrie par le sentiment de son affreuse laideur et de la répugnance qu'elle inspirait. Les figures ci-jointes en donneront, d'ailleurs, une idée. La lèvre inférieure est occupée par une grosse masse qui se prolonge vers la partie basse de la joue droite jusqu'au bord inférieur du maxillaire. La tumeur fait également saillie à la face buccale de la lèvre inférieure et de la partie correspondante de la joue. Cette masse violacée, mollassée, réductible, indolente à la pression, est, ne peut être, qu'un angiome ; à sa surface, on distingue des bosselures d'un violet plus foncé, des ampoules veineuses, et du côté muqueux, de gros troncs comparables à des varices.

A la palpation on reconnaît dans l'épaisseur du tissu pathologique trois ou

quatre petits noyaux durs, et quand la tumeur est exprimée du sang qu'elle contient elle donne la sensation d'un paquet de ficelle. Sur la muqueuse et dans la partie qui correspond au bord libre de la lèvre, on note plusieurs bandes cicatricielles, vestiges des interventions tentées autrefois. Les noyaux précités sont sans doute la conséquence d'essais thérapeutiques plus récents. L'angiome a été soumis à l'électrolyse, mais on y a renoncé après quelques séances (Fig. 3 et 4).

Le point le plus délicat était d'établir les limites probables du tissu patholo-



FIG. 5.

gique. La lèvre semblait au premier abord prise dans presque toute son étendue transversale et aussi dans presque toute sa hauteur; mais, en réalité, la tumeur n'occupait que sa moitié droite; l'autre moitié repoussée vers la gauche et repliée sur elle-même, était intacte. La commissure droite était également respectée, et dans son voisinage persistait même un demi-centimètre intact de la bordure rouge de la lèvre inférieure. La tumeur était assez nettement limitée sur la face muqueuse, s'arrêtait du côté de la joue à un travers de doigt en arrière de la commissure, en bas, au sillon labio-génien, en dedans, à la partie moyenne de la lèvre.

En dehors les téguments étaient manifestement envahis dans la partie labiale de la lésion, mais l'éminence du menton était complètement respectée, la moitié gauche de la lèvre intacte, et les lésions en se prolongeant

vers le bord inférieur de la mâchoire intéressaient de moins en moins la peau.

Ces constatations faites, je crus pouvoir promettre à la malade de l'opérer avec succès.

L'intervention eut lieu le 19 octobre.

Pour faciliter les manœuvres et les rendre plus précises, je commençai par



FIG. 6.

placer un certain nombre d'anses de soie traversant la muqueuse de la joue et de la lèvre, en dehors des lésions, et destinées à servir de tracteurs, à éverser joue et lèvre, à étaler et exposer la tumeur. J'incisai autour d'elle la muqueuse saine, puis, la saisissant à l'aide de pinces de Kocher, je la disséquai, l'isolai peu à peu des parties ambiantes, allant graduellement de sa périphérie vers sa partie centrale. Cette dissection ne fut pas trop hémorragique. Arrivé à la peau, j'en sacrifiai un segment triangulaire, ayant pour base la partie du bord libre occupée par la tumeur et pour sommet un point situé sur le bord inférieur de la mâchoire, à un travers de doigt de la commissure, les deux autres bords du triangle affectant ainsi une direction oblique d'avant en arrière et de haut en bas. Restait à réparer la perte de substance. Ne voulant ajouter aucune nouvelle incision

extérieure à celles déjà pratiquées, j'incisai dans le fond du sillon gingivolabial et gingivo-génien, libérai profondément et mobilisai complètement la moitié restante de la lèvre inférieure et les parties molles du menton, d'une part, de la joue droite, d'autre part. Je reconstituai ensuite la lèvre par deux plans de suture à la soie, l'un profond, l'autre superficiel. La commissure droite ayant pu être conservée, une difficulté réparatrice était ainsi éludée. Bref il ne resta plus d'autre trace extérieure de l'intervention, qu'une ligne de sutures s'étendant du voisinage de la commissure au bord de la



FIG. 7.

machoire, longue en tout de 3 centimètres et demi. Une petite mèche de gaze iodoformée fut laissée dans le vestibule buccal en arrière de la lèvre reconstituée. Les suites ont été de la plus heureuse simplicité. Dès le quatrième jour, je pus enlever un des points de la suture cutanée, le cinquième un autre ; le sixième, 25 octobre, les derniers purent être retirés. La réunion primitive fut obtenue et la malade nous quitta guérie le 25 octobre.

Dès le 2 novembre la malade nous écrit pour nous dire son contentement de pouvoir « passer dans la rue, sans que l'attention des passants soit retenue par son infirmité » et nous remercier du bonheur

qu'elle éprouve à se savoir « pareille aux autres jeunes filles ». De fait, le résultat esthétique est pleinement satisfaisant. Les photographies ici reproduites (Fig. 6 et 7) ont été prises le 5 novembre. Vous voyez aujourd'hui ma jeune opérée, la cicatrice est linéaire et peu visible, et s'effacera encore graduellement. La bouche n'est aucunement difforme et cette jeune fille paraîtrait même jolie, si sa figure n'était malheureusement déparée encore par une autre infirmité, la pauvre enfant ayant perdu l'œil gauche, il y a déjà plusieurs années.

Traitement du nævus vasculaire par le radium.

Par MM. WICKHAM et DEGRAIS.

Les résultats obtenus avec le radium dans le traitement des nævi vasculaires par MM. Danlos, Rehns et Salmon, et plusieurs observateurs, à l'étranger, nous ont engagés à reprendre cette étude ; aussi, sommes-nous heureux de pouvoir, dès maintenant, présenter un cas de guérison parmi les malades que nous avons en traitement.

L'enfant H... présentait à sa naissance, sur la joue droite, un petit point rouge, qui, peu à peu, s'est étendu et surélevé.

Quand au mois de septembre nous avons vu ce bébé, alors âgé de 6 mois, il présentait un nævus vasculaire surélevé et en voie d'extension, de la dimension d'une pièce de 50 centimes.

Ce nævus, de teinte violet foncé, dépassait le niveau de la peau de deux millimètres environ ; à sa périphérie existait un fin réseau veineux, surtout développé sur le bord externe. La consistance en était molle.

A l'heure actuelle nous constatons une surface plane à peine rosée avec au centre une région légèrement violacée. L'épiderme offre un aspect normal et au toucher la peau est souple.

Le réseau veineux périphérique a disparu.

Pour obtenir ce résultat, nous avons employé le traitement suivant :

Sept applications successives d'une demi-heure chacune, d'un appareil à sel collé de bromure de radium ayant comme réaction extérieure l'activité 64 000, laquelle contient 2 p. 100 α , 84 p. 100 β , 14 p. 100 γ ; 15 jours après la dernière application sont apparus les phénomènes habituels de réaction : rougeur suivie d'une croûte qui est tombée au bout de 15 jours environ, et depuis cette époque la rougeur a été en diminuant chaque jour.

Trois mois à peine, dont trois heures et demie seulement de traitement effectif, ont suffi pour arriver à ce résultat, le traitement ayant été commencé le 11 septembre.

Les dimensions du nævus que nous présentons ne le font certainement pas rentrer dans la classe des nævi incurables ; d'autres

méthodes auraient pu le guérir, mais le radium cependant nous paraît très supérieur.

En effet, l'électrolyse aurait demandé des séances répétées qui, chaque fois, auraient été pour le bébé de nouvelles séances de souffrance.

Les rayons X, de l'aveu même des radiothérapeutes, ne peuvent agir qu'en risquant l'aléa des doses fortes, et l'installation est quelque peu effrayante pour un bébé.

Avec le radium, l'enfant était mis au sein; dès qu'il l'avait pris, on appliquait l'appareil et c'est dans le plus profond sommeil que se terminait l'application.

M. BROCC. — Comment appliquez-vous le radium ?

M. WICKHAM. — Je circonscris le *nævus* au moyen d'un trou pratiqué dans une feuille de plomb caoutchouté, puis l'appareil, qui est rond et plat, est appliqué. L'opération est si simple que les quatre dernières applications furent confiées à la mère.

C'est précisément la simplicité du *modus faciendi* ajoutée à l'absence de toute douleur qui impressionne, surtout si on les compare avec les cris violents qui sont déterminés par l'électrolyse bipolaire.

Le dernier cas que j'ai traité par cette méthode électrique n'a été guéri qu'après 6 à 7 mois et 35 séances, toutes extrêmement douloureuses.

Je signalerai ce fait intéressant que lorsque, après 3 à 4 semaines, la croûte produite par les applications de radium, est tombée, la couleur foncée du *nævus* avait diminué de moitié; mais nous pensions devoir faire une série d'applications. Nous avons attendu un mois de plus, et au cours de ce mois, chose curieuse, l'amélioration s'est faite spontanément pour aboutir au point actuel d'à peu près complète guérison, avec peau souple et fine.

M. BROCC. — L'électrolyse bipolaire, qui ne donne guère de bons résultats que dans les petits *nævi*, est en effet très douloureuse; les bébés poussent des cris et le traitement peut influer défavorablement sur leur état général.

Aussi l'action du radium, telle que M. Wickham nous la présente sur cet enfant, est remarquable aussi bien comme résultat obtenu que comme mode opératoire.

Mais dans ce cas, le *nævus* était légèrement saillant. Il serait bon de savoir si les mêmes résultats seraient obtenus sur des *nævi* absolument plats. Ceux-ci occupent une grande épaisseur du derme.

M. DANLOS. — Dans un cas de tache de vin tout à fait plate, développée sur un avant-bras, j'ai obtenu des points blancs partout où j'ai fait agir le radium, mais ces surfaces décolorées étaient de très petites dimensions. Il aurait fallu un temps énorme pour obtenir la disparition totale.

M. WICKHAM. — Les autres cas que j'ai en traitement et qui sont déjà très améliorés sont des taches de vin plates de niveau avec la peau.

Ainsi que le dit M. Danlos, sur de telles lésions on peut obtenir la décoloration. En ce qui concerne la durée du traitement, il ne s'agit que d'une question d'instrumentation; j'emploie pour les grandes surfaces un appareil ayant 6 centimètres de diamètre. Du reste nous en employons, quand il le faut, plusieurs à la fois.

Sur un cas de naevi systématisés lichénoïdes très nombreux.

Par MM. H. HALLOPEAU et BOUDET.

Ce malade est intéressant surtout en raison du grand nombre de ses naevi et de leur caractère lichénoïde.

Nous résumerons ainsi qu'il suit son observation :

Le nommé P..., François, 20 ans, garçon de laboratoire, entré le 4 décembre 1906.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants. Six enfants vivants, bien portants. Il n'y a, ni chez les parents, ni chez les frères, de taches, envies, fraises, etc., qui aient attiré l'attention.

Antécédents personnels. — Les lésions actuelles ne se sont manifestées qu'à l'âge de 2 ans, les parents sont très affirmatifs sur ce point.

État actuel. — Sur une peau normale comme souple, coloration et sensibilité, se trouvent de petites élevures, variant de la dimension d'un grain de mil à celui d'une petite lentille.

Ces lésions donnent à la peau un aspect rugueux, elles sont dures et grasses au toucher.

Chaque saillie, sur les parties couvertes du corps, est surmontée d'une croûte grasse, dure, brunâtre, lisse, qui tombe par le simple frottement; on voit au-dessous d'elle une surface plus sèche, chagrinée, faisant légèrement saillie.

Par un grattage vigoureux, on fait tomber toute la papule qui laisse à sa place une légère excoriation rosée, non saignante. Il n'y a pas de troubles de l'innervation à ce niveau.

Sur les parties découvertes, les lésions prennent un autre aspect.

Au niveau des avant-bras, là où les lavages sont fréquents, les saillies sont de coloration moins foncée; les croûtes cireuses font défaut. Sur les mains, au niveau du pouce, on voit un large placard verruqueux, souple et indolore.

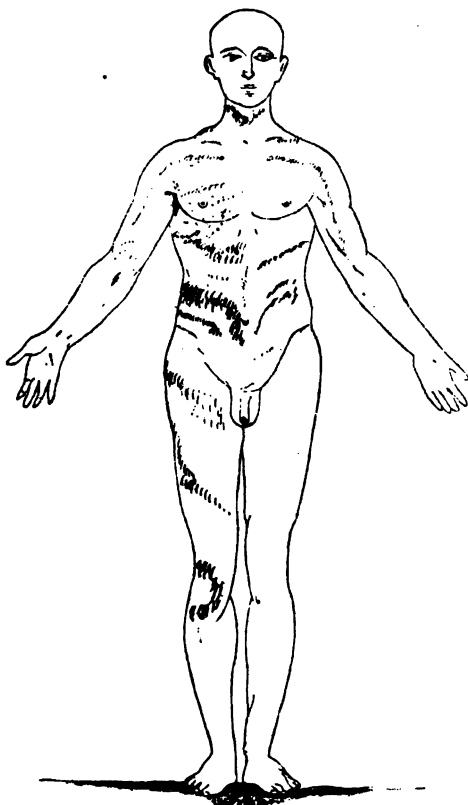
Ces lésions sont distribuées en groupes plus ou moins confluentes dont la distribution rappelle celle des zones d'innervation (voir les schémas).

La sensibilité et les réflexes sont normaux.

Sur la face antérieure de la jambe gauche, à la suite d'un coup survenu il y a 8 jours, il s'est formé une large ulcération d'aspect sphacélique, à fond de teinte brique, à pourtour violacé, à contours irréguliers; à son pourtour l'épiderme est soulevé par de petites vésicules qui s'ouvrent spontanément.

Topographie. — En avant, à la face antérieure du cou, se trouvent deux larges bandes; aux épaules et aux bras, deux bandes symétriques étroites

partent au-dessus du tiers moyen de la clavicule et gagnent le pli du coude ; au tronc, à droite, quatre bandes horizontales, parallèles, s'étendent un peu obliquement de la colonne vertébrale et en contournant le flanc jusqu'à la ligne médiane, où elles s'arrêtent ; à gauche, trois bandes symétriques sont moins nettement prononcées ; au membre inférieur droit, se trouvent trois bandes parallèles, dans des plans obliques par rapport à l'axe de la cuisse ; l'une d'elles, très accentuée, part de la ligne médiane en arrière,



contourne la fesse, descend sur la face postérieure de la cuisse et se dirige en avant pour gagner le bord interne par un véritable tour de spire. On note quelques petits éléments sur le gland, à droite.

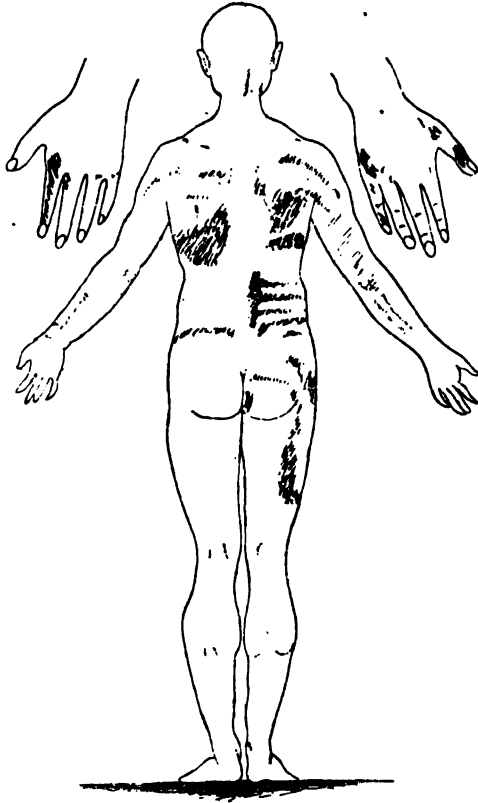
Dans leur ensemble, les lésions sont beaucoup plus étendues à droite qu'à gauche.

Le nombre de ces nævi est exceptionnel, on en compte une vingtaine ; ils occupent toute la surface du corps, à l'exception du visage et des extrémités inférieures.

L'aspect des éléments est nettement lichénoïde, mais l'ancienneté

des altérations, leur défaut d'évolution, l'absence complète de prurit, ne permettent pas de s'arrêter à l'hypothèse d'un lichen plan systématisé dont cet autre malade présente un exemple que nous avons déjà montré.

Nous ferons remarquer que la disposition du nævus fessier est la



même que nous avons constatée dans ce cas de lichen plan systématisé et dans plusieurs autres.

Pour ce qui est de la pathogénie de ces nævi, nous ne pouvons que renvoyer à l'interprétation que nous en avons donnée à diverses reprises, c'est-à-dire, à la *localisation des troubles trophiques dans des zones où des influences de deux nerfs voisins s'accumulent pour donner lieu à ces altérations cutanées, soit directement, soit en créant un locus minoris resistentiæ.*

M. ALEX. RENAULT. — J'ai vu des nævi semblables prendre, chez une femme enceinte de 8 mois, un développement considérable à l'occasion de la grossesse.

Deuxième note sur une nouvelle forme d'altération papillomateuse en arc du cuir chevelu.

Par M. H. HALLOPEAU.

Lorsque nous avons présenté M. B..., qui fut l'objet de cette étude dans la séance de juillet, M. Brocq a contesté notre interprétation qui nous faisait conclure à l'existence d'un type morbide nouveau, et il a émis l'hypothèse d'un *nævus* ; or, nous avons revu ce malade le 31 octobre et constaté que les lésions avaient très manifestement évolué ; en effet, voici quelle était, à cette date, l'altération du cuir chevelu, d'après les notes recueillies par notre excellent externe M. Quertant : la plaque éruptive du cuir chevelu est aujourd'hui divisée en deux parties tout à fait différentes dans leur aspect ; dans la moitié antérieure, on distingue comme précédemment de nombreuses saillies mesurant de 1 à 2 millimètres de diamètre : la pression fait sortir de beaucoup d'entre elles de petites masses cylindriques, blanchâtres, assez longues, ayant par conséquent les caractères de comédons ; après leur évacuation, ces saillies apparaissent creusées de petits pertuis ; des intervalles pigmentés les séparent ; cette partie de la plaque est surélevée par places, comme à pic, sur les parties saines : sa coloration est d'un brun foncé. La partie postérieure, moins élevée, ne présente plus ces saillies ni ces comédons ; elle est lisse, un peu moins colorée et d'aspect cicatriciel.

Une autre plaque éruptive, également pigmentée en brun, existe plus en arrière : un peu moins surélevée, elle ne paraît pas présenter de grains comédoniens ; elle ne mesure guère que de 4 à 5 millimètres de diamètre.

Il résulte de l'évolution de cette dermatose, et de la substitution, dans la moitié de son étendue, d'une surface lisse, d'aspect cicatriciel, à l'agglomération de saillies que nous avions observée antérieurement, qu'il ne s'agit, à coup sûr, point de *nævi*.

Les résultats de l'examen histologique pratiqué par M. Sabouraud, rapprochés de l'aspect aujourd'hui nettement comédonien d'une partie des élevures, montrent qu'il s'agit d'une lésion complexe qui exigerait des recherches ultérieures pour arriver à une conclusion ferme relativement à sa nature ; le seul fait que nous croyons pouvoir affirmer, c'est qu'elle ne peut se rattacher par ses caractères objectifs non plus que par son évolution, à aucun type classé et que nous en avons fait à juste titre, une *maladie nouvelle dont les caractères essentiels sont le début par des nodules saillants papillomateux, l'apparition secondaire de gros comédons, l'accroissement des altérations sous forme d'une bande arquée, la chute des cheveux assez prononcée pour faire croire à une pelade et l'évolution rétrograde d'une partie des lésions qui laissent à leur suite une*

surface d'aspect cicatriciel. L'existence d'une cause parasitaire encore indéterminée est vraisemblable.

Syphilis en activité et tabes chez le même individu.

Par MM. DANLOS et DEROT.

Malade de 44 ans. Syphilis ignorée et par conséquent non traitée.

En 1900, le malade, atteint de tabes et presque *incapable de marcher*, suit un traitement de 9 mois à la Salpêtrière. (Élongation, rééducation des mouvements. Pas de traitement interne.) A la suite, amélioration considérable de tous les symptômes; le patient *redevient capable de marcher* et les crises de douleurs sont beaucoup plus rares.

En novembre 1906, entre à Saint-Louis pour une syphilide tuberculo-ulcéreuse typique du nez et des régions voisines. L'ataxie, encore très manifeste, se caractérise par l'incertitude de la démarche, le talonnement, le signe de Romberg, l'abolition des réflexes patellaires, etc. Le malade assure que depuis son traitement à la Salpêtrière le mal a cessé tout progrès.

L'intérêt de ce cas est dans l'amélioration obtenue par le traitement mécanique seul. Si on considère que ce fait n'est pas exceptionnel et si on le rapproche de l'impuissance habituelle du traitement spécifique en pareil cas, on est conduit à deux conclusions :

1° La lésion médullaire est pendant longtemps peu profonde, puisqu'un simple traitement mécanique peut en enrayer et même en faire rétrocéder longtemps les effets.

2° L'impuissance constatée des spécifiques oblige à reconnaître que : si, comme on n'en peut guère douter, la syphilis est l'origine du tabes, celui-ci se développe par un mécanisme différent de celui qui détermine les localisations syphilitiques franches, et par conséquent la notion de parasyphilis, malgré les critiques dont elle a été l'objet, est absolument légitime.

M. ALEX. RENAULT. — En dépit de la seconde conclusion que vient d'émettre M. Danlos, l'observation précédente me semble plutôt donner raison aux syphiligraphes, qui estiment que le tabes est un accident syphilitique, et non parasyphilitique. Quand on dépiste de très bonne heure le tabes, on peut dans un certain nombre de cas obtenir un arrêt, je pourrais même dire une guérison, des accidents par le traitement antisyphilitique. Plus tard, ce traitement n'est plus efficace. Si, chez le malade qu'on nous présente, on avait appliqué une médication intensive dès le début des troubles médullaires, je pense qu'on eût arrêté leur évolution.

M. HALLOPEAU. — J'ai émis l'hypothèse que le tabes est le plus souvent consécutif à des syphilomes siégeant soit sur l'arachnoïde, soit sur les racines rachidiennes. C'est, comme je l'ai dit, une deutéropathie syphilitique, qui

évolue ensuite pour son compte. Mais on peut agir sur le syphilome initial par le traitement antisypilitique.

M. DANLOS. — Un grand nombre de neurologistes considèrent le traitement antisypilitique comme inefficace dans le tabes ; d'aucuns même, comme M. Déjerine, considèrent un traitement intensif comme dangereux.

Sur les dangers et la composition du topique dit « Prodermos ».

Par MM. JACQUET et DEBAS.

L'usage du *Prodermos*, grâce à une réclame pseudo-scientifique, mais intensive, tend à se vulgariser, et nous avons déjà vu plusieurs personnes se louant ou se plaignant de ce topique.

Tout récemment un malade que nous avons traité pour un eczéma des oreilles, qui récidiva par la suite, nous déclara s'être guéri grâce à des applications de *Prodermos*, mais un de ses enfants, atteint d'eczéma, fut soumis au même traitement, avec un résultat désastreux.

Nous avons pu étudier de façon plus précise le *Prodermos*, ses effets et sa composition, au sujet d'un eczématisé, entré dans le service de l'un de nous et qui s'était, au préalable, traité pendant *deux mois* par ce produit.

Conformément à la notice très détaillée et très savante qui lui est jointe, notre malade interrompit son travail et resta *quinze jours* au lit. Pendant ce temps il fit chaque jour, sur les zones malades, des applications de *Prodermos* n° 2, puis de la poudre assortie, applications d'après lui fort pénibles. Résultat : transformation des surfaces suintantes en surfaces croûteuses, avec tension douloureuse de la peau.

Après quinze jours, il reprend son travail tout en continuant les applications, et cela pendant un mois et demi environ.

Très vite alors la peau tendue et croûteuse se fissure « *comme une croûte de pain qui casse* » et l'état suintant reparait.

Après deux mois de traitement et l'emploi de 4 flacons de topique (coût 40 francs), cet homme avait notablement aggravé sa dermatose tant par l'extension des anciennes plaques que par la production de plaques nouvelles.

Maintenant pouvons-nous dire quelle est la composition chimique de ce produit ?

On sait à quel point l'analyse qualitative et surtout quantitative des corps organiques est difficile, surtout quand on est limité comme quantité du corps à analyser.

Pourtant, nous croyons pouvoir affirmer, en ce qui concerne le

Prodermos n° 2, le plus employé, qu'il contient pour 90 c.c. d'alcool à 70°-80°, environ :

1 gr,12 d'acide salicylique,
0 gr,64 de mercure,
0 gr,27 de chlore,

et un alcaloïde, vraisemblablement la cocaïne.

Sous quel état ces divers corps figurent-ils ? Quel est leur mode d'association ?

Par exemple : l'acide salicylique est-il libre ou combiné ? De même : le mercure est-il à l'état de salicylate ou du chlorure mercurique ?

Cela est très difficile à dire.

Pourtant, étant données les prétentions thérapeutiques du produit et, d'autre part, les rapports quantitatifs qui existent entre ces différents corps, il est infiniment probable qu'il est composé d'acide salicylique d'une part, de bichlorure de mercure de l'autre et enfin de chlorhydrate de cocaïne.

La poudre qui accompagne le topique liquide est, nous croyons pouvoir l'affirmer, de l'alun à peu près pur.

Le Prodermos n° 1 est un liquide fort analogue au Prodermos n° 2, aux doses près qui sont plus faibles.

Quant au Prodermos n° 3, il est, lui, à base de glycérine et de phénol, dans la proportion de 2 p. 100.

La poudre qui lui est assortie est à base de soufre.

Le prix d'achat de ces topiques, tels que nous venons de les définir, est fort minime et ne dépasse pas, très vraisemblablement, un franc.

En ce qui nous concerne, nous ne prétendons pas avoir obtenu un résultat bien remarquable. Cependant, en quelques jours de pansement simple et de repos, nous avons mis notre malade dans un état d'amélioration et de bien-être qu'il ne connaissait pas depuis fort longtemps.

Et au total, en combattant les empiriques, nous pensons défendre à la fois les intérêts des malades, des pharmaciens et les nôtres qui, après tout, sont légitimes.

Nous vous convions donc à lutter avec nous pour la Dermatologie à tendance scientifique contre la Dermatothérapie commerciale.

M. BROCO. — Il est bon de faire connaître les méfaits du Prodermos. J'ai observé également une éruption artificielle produite par le Prodermos n° 2. A la vérité, quelques clients m'ont dit avoir bénéficié de cette préparation, mais il est peu probable qu'ils fussent venus ensuite me demander conseil, s'ils en avaient été amplement satisfaits.

Lisére mercuriel.

Par M. MILIAN.

J'ai l'honneur de présenter à la Société de Dermatologie un malade qui porte au niveau des gencives un liséré analogue au liséré saturnin et causé par le mercure.

Voici l'observation de ce malade :

L..., âgé de 35 ans, comptable, a eu un chancre syphilitique du méat à l'âge de 20 ans. Deux ou trois ans après, il a été pris d'accidents syphilitiques de la langue qui n'ont fait qu'augmenter depuis cette époque.

Le 11 juin 1904, il présente une langue un peu augmentée de volume, légèrement lobulée et scléreuse par places, avec une leucoplasie marquée sur la partie gauche de l'organe. Les mouvements de la langue sont gênés et il en résulte de la difficulté de prononciation et de mastication.

Il reçoit, du 15 juin au 17 août 1904, dix piqûres d'huile grise à 40 p. 100, chaque piqûre représentant 7 centigrammes de mercure.

A la suite de cette cure, les fonctions de la langue reprennent leur état normal, la lobulation s'efface presque entièrement, la leucoplasie rétrocede un peu.

Du 18 octobre au 18 novembre 1904, trois piqûres d'huile grise, identiques aux précédentes, sont pratiquées. La série a été arrêtée à ce chiffre car le malade a présenté quelques phénomènes généraux de courbature, d'anorexie, de diarrhée, etc., pourtant sans stomatite.

Le malade, inquiet de sa plaque de leucoplasie, demande qu'on l'en débarrasse par n'importe quel moyen. Il est opéré le 14 décembre 1904 par le Dr Morestin (pièce B-733).

Je revois le malade le 7 mars 1905. La langue est en très bel état; le malade est très satisfait, mais il y a encore un petit point leucoplasique du dos de la langue, à 1 centimètre environ de la région opérée et un autre nouvellement apparu, de la dimension d'un grain de millet, au-dessous de la région extirpée.

Du 21 mars au 9 mai 1905, huit piqûres d'huile grise identiques aux précédentes comme doses sont pratiquées, qui font disparaître le point leucoplasique du dos de la langue, mais n'influencent aucunement l'autre.

Le 17 octobre 1905 ce malade, qui s'observe très attentivement, vient à nouveau me voir avec quelques taches opalines datant de trois semaines, développées sur la lèvre inférieure du côté droit. Du 24 octobre au 28 novembre 1905, il reçoit à nouveau six piqûres d'huile grise; à la troisième piqûre la lèvre était guérie.

Le 6 février 1906, réapparition d'un peu de blanc sur le bord gauche de la langue. Je fais, du 6 février au 20 mars 1906, sept piqûres : les six premières d'huile grise, la dernière de calomel (5 centigrammes).

Le 27 mars, c'est-à-dire une semaine après la dernière piqûre, le malade se plaint d'avoir les dents agacées. J'examine la mâchoire. Je ne constate aucune inflammation des gencives mais un liséré gingival analogue au liséré saturnin. Je cesse le traitement à cause de cela.

Le 5 mai 1906, nouvelle poussée leucoplasique légère, au bord gauche de la langue où existent 4 papules dont une de la dimension d'une lentille, recouverte d'une muqueuse opaline.

Je n'ai pas noté, à cette époque, si le liséré persistait ou avait disparu. Du 8 mai 1906 au 10 juillet 1906, dix piqûres dont une de calomel.

Le 17 mai 1906, le malade présente un peu de stomatite. La gencive, autour de la dernière molaire inférieure de chaque côté, est un peu rouge, décollée et sensible. Partout ailleurs, les gencives ne sont ni gonflées, ni rouges, ni douloureuses, mais aux deux mâchoires, dans toute leur étendue, aussi bien au niveau des molaires qu'au niveau des incisives, mais surtout au niveau des incisives, existe à la sertissure des dents un liséré gris violacé de 1 à 2 millimètres et davantage, qui suit les limites polycycliques de la muqueuse et s'insinue entre les dents elles-mêmes. Il ne semble pas qu'il existe de liséré à la face postérieure des mâchoires. Celui-ci s'interrompt là où manquent des dents.

Le 16 octobre 1906, cet homme, hanté par les publications des journaux politiques où il est sans cesse question de syphilis, de leucoplasie et de cancer, vient me supplier de lui faire une nouvelle série de piqûres pour la tache leucoplasique qui persiste sur le bord gauche de la langue. C'est ainsi qu'il a reçu, du 16 octobre au 4 décembre 1906, huit autres piqûres d'huile grise.

Il présente toujours son liséré mercuriel, que vous pouvez voir aujourd'hui; il n'existe pas de stomatite, ce qui tient au soin minutieux qu'il prend de sa bouche qu'il nettoie 3 fois par jour avec une brosse et une pâte.

Il s'agit bien dans cette observation de liséré mercuriel malgré la ressemblance qu'il y a entre celui-ci et le liséré saturnin. Le malade n'est d'ailleurs soumis à aucune cause connue d'intoxication saturnine; il ne présente aucun accident de saturnisme; enfin cet accident est nettement apparu au cours du traitement mercuriel car, avant de mettre les malades au traitement par les injections d'huile grise, j'examine toujours très soigneusement les gencives des sujets, et je n'avais rien remarqué d'anormal.

Ce n'est d'ailleurs pas la première fois que j'observe pareil fait. J'ai déjà constaté son existence avec une physionomie absolument identique chez deux autres malades; d'autre part, dans les stomatites moyennes d'intensité, on peut trouver, de place en place, dans les régions les moins enflammées de la muqueuse, des bribes de liséré qui s'insinuent entre les dents. L'existence d'un liséré mercuriel est donc indubitable.

Il n'est pas étonnant qu'on ne l'ait pas encore remarqué, car il n'existe pas dans les stomatites intenses qui attirent l'attention. Enfin il semble qu'il faille un traitement prolongé pour le produire. Dans le cas relaté ci-dessus, il a été constaté (1) 21 mois après le

(1) Il est possible qu'il ait existé plus tôt, mais je ne l'ai observé qu'à ce moment.

début du traitement et après 33 piqûres d'huile grise et une de calomel. Les injections d'huile grise paraissent particulièrement aptes à le produire, car je ne l'ai pas constaté après l'usage des pilulés.

Xeroderma pigmentosum avec épithélioma de la face.

Par MM. BALZER et MERLE.

(Examen histologique par M. Rubens-Duval.)

Malade âgée de 21 ans, exerçant la profession de domestique, entrée le 30 octobre, salle Alibert, pour plusieurs tumeurs développées au niveau du visage et dont la date d'apparition remonte à 18 mois.

C'est uniquement à cause de ces éléments néoplasiques que la malade entre à l'hôpital; elle ne peut indiquer une date d'apparition pour les autres lésions que l'on constate aux mains et au visage et qui semblent être congénitales ou s'être développées dans les premières années de la vie.

Le premier de ces éléments apparut sur l'arête nasale, à 3 centimètres de son extrémité, sous la forme d'une papule rugueuse analogue à une verrue: il grandit assez rapidement pour présenter, deux mois après, le volume d'un pois. Il était à ce moment le siège de sensations prurigineuses, en sorte que la malade se grattait et s'écorchait. Un traitement par l'application de pommades n'eut aucune action sur la tumeur.

Huit mois après le début du premier élément, il en survint un second sur la joue gauche, un peu au-dessus de la narine; puis, cinq mois plus tard, un troisième sur la joue droite près de l'angle palpébral interne.

Au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital, le premier des éléments développé sur l'arête nasale mesurait le diamètre d'une pièce de 50 centimes environ, surélevé, bourgeonnant, recouvert d'un exsudat jaunâtre, entouré d'une zone érythémateuse. Le deuxième élément, sur la joue droite, avait à peu près les mêmes dimensions et les mêmes caractères, sans paraître présenter de grandes tendances à s'accroître.

Le troisième élément, sur la joue gauche, au-dessus de la narine, beaucoup plus réduit, comme un grain de blé environ, était très surélevé au-dessus des téguments et présentait une extrémité ulcérée et saignante.

Il existait enfin sur la joue gauche, un peu au-dessus et en dehors du précédent élément, deux petites saillies verruqueuses ayant tous les caractères de néoplasies au début.

En dehors de ces tumeurs qui, seules, ont inquiété la malade, il existe, au niveau des téguments de la face et des mains, un ensemble de lésions qui ont permis d'établir le diagnostic de *xeroderma pigmentosum*. Ces lésions, de caractère diffus, sont rigoureusement localisées aux régions suivantes: d'une part, la face, dans sa presque totalité, et le cou, descendant en avant jusqu'au voisinage du creux sus-sternal, en arrière, jusqu'à la septième cervicale, formant un petit triangle à sommet inférieur qui se dessine dans la région inter-scapulaire; d'autre part, la face dorsale des mains et des avant-bras dans leur portion inférieure, 5 à 6 centimètres au-dessus de l'interligne articulaire.

Les téguments, dans ces régions, présentent une pigmentation distribuée par petites surfaces de grandeurs inégales. Les unes sont punctiformes et réparties sur toute la surface malade de façon diffuse ; la pigmentation des mains et des avant-bras est uniquement constituée par ces taches punctiformes. Les autres, plus larges, atteignent presque un demi-centimètre de diamètre : on en trouve sur le front, les tempes, les joues, les faces latérales et postérieure du cou. Ces plaques pigmentées sont rugueuses au toucher. Elles présentent également une desquamation assez marquée que l'on ne trouve guère sur les téguments malades qu'à leur niveau. De plus, elles sont le siège pour la plupart, d'une vaso-dilatation qui leur donne une teinte rougeâtre combinée à celle du pigment ; les éléments punctiformes sont au contraire uniquement pigmentés.

Outre ces dilatations vasculaires sur les plaques pigmentées, on note des plaques télangiectasiques indépendantes : les unes sont nettement individualisées, avec des contours nets, elles siègent surtout à la région moyenne des joues, à la face dorsale des mains et des avant-bras où elles sont disséminées et très petites. Les autres sont mal délimitées, et ce sont plutôt de petites surfaces où la coloration des téguments apparaît rougeâtre par suite d'une vaso-dilatation diffuse.

Les taches blanches atrophiques, qui constituent un des caractères principaux de certains cas de *xeroderma pigmentosum*, sont ici très peu marquées : on en rencontre cependant une ou deux de petites dimensions au niveau du front et plusieurs autres, encore plus petites, sur les mains.

Dans leur ensemble les téguments sont rugueux, râpeux au toucher. Ce caractère est beaucoup plus accentué aux mains qu'au visage : il est dû en partie à ce qu'il existe sur la face dorsale des mains des éléments surélevés verruqueux, assez abondants, dont la partie supérieure desquame ; le visage n'en présente pas.

En revanche, il n'existe pas sur les mains d'éléments d'aspect et d'allure néoplasique. La face palmaire des mains et des doigts est absolument normale.

Les lobules des oreilles présentent quelques taches pigmentées.

Il n'existe aucune lésion des autres régions du tégument, aucun naevus, en particulier. On ne trouve pas trace d'adénopathies dans la région de la face et du cou.

Les régions malades de la peau ne sont le siège d'aucun trouble prurigineux. La sensibilité objective est normale à tous les modes.

Les fonctions organiques s'accomplissent de façon satisfaisante : les digestions sont normales, les menstruations régulières. La malade paraît cependant présenter une excitabilité nerveuse un peu anormale : au cours de l'interrogatoire, et sans raison valable, on la voit rougir tout à coup et ces phénomènes vaso-moteurs sont parfois très marqués. L'auscultation au moment de l'entrée à l'hôpital ne révélait rien d'anormal aux poumons, et les commémoratifs ne contiennent aucun symptôme pulmonaire antécédent. On ne trouve, dans les urines, ni sucre ni albumine.

Dans les antécédents héréditaires on note sa mère, morte à la suite d'une affection abdominale qui nécessita une intervention chirurgicale. Le père est vivant, bien portant, un peu adonné à la boisson. Ni le père, ni la mère n'ont

présenté d'affection cutanée, pas plus, du reste, que les deux sœurs de la malade dont l'une est morte à l'âge de deux mois et l'autre est actuellement en bonne santé. Quant à la malade elle-même, elle n'a eu pour toute maladie qu'une rougeole dans l'enfance.

Elle est née dans l'Orne et a passé la plus grande partie de son existence aux champs où elle travaillait, en restant par conséquent exposée aux intempéries et aux rayons solaires. Elle n'est à Paris que depuis deux ans, comme domestique, dans une maison bourgeoise : elle y faisait la cuisine et passait une partie de sa journée au voisinage des fourneaux.

Peu de jours après son entrée à l'hôpital, la malade a été prise, subitement, le lundi 5 novembre, d'un point de côté à gauche, avec frisson accompagné d'une petite toux sèche qui ne persista que quelques jours. L'auscultation qui ne donna, les premiers jours, qu'un affaiblissement du murmure vésiculaire, permit bientôt de reconnaître un épanchement pleural avec souffle inspiratoire ; égophonie, pectoriloquie aphone, matité remontant à la pointe de l'omoplate. Il y avait 44 respirations à la minute et la fièvre montait à 39°. Le samedi 10, l'épanchement remontant jusqu'à l'épine de l'omoplate avec matité de l'espace de Traube, triangle de matité du côté opposé, en arrière, à la base droite et légère déviation du cœur ; on pratiqua la thoracentèse dans le septième espace intercostal ; on retira près d'un litre et demi de liquide couleur de bière légère, moussant abondamment. L'examen cytologique, après centrifugation, n'y décela que des lymphocytes en quantité assez considérable.

A la suite de cette thoracentèse, la fièvre continua à osciller autour de 39°, puis de 38°, pendant les dix jours suivants. Les symptômes fonctionnels et stéthoscopiques indiquaient que l'affection était en bonne voie de guérison.

Actuellement il n'existe plus aucun trouble fonctionnel, la température est retombée à la normale, la respiration s'entend presque jusqu'en bas, bien qu'un peu affaiblie dans toute l'étendue du poumon gauche. On note, de plus, une rétraction de la paroi costale, appréciable surtout au niveau de la neuvième vertèbre dorsale, avec une différence de 1 centimètre et demi entre les circonférences droite et gauche.

Le traitement radiothérapique a été institué dès le 6 novembre et pratiqué par M. le Dr Fleig, assistant d'électrothérapie du service.

Les tumeurs de la face ont été soumises à l'action des rayons n° 3 pendant trois séances, pour chacune d'elles. La tumeur de la joue droite, à raison de 5 unités H, puis deux fois 5 H ; la tumeur de la joue gauche de 5 H, puis 3 H, puis 5 H ; celle de l'arête du nez 2 fois 5 H, puis 4 H.

Sous l'influence de ce traitement, les tumeurs se sont considérablement réduites après affaissement et dessiccation des tissus qui les constituaient. Leur volume est actuellement réduit de près de la moitié. Les petits éléments du côté gauche du nez ont disparu presque complètement.

La réaction des téguments s'est bornée à la destruction des éléments néoplasiques, la peau apparaît presque complètement normale après la chute des éléments desséchés et c'est à peine s'il existe une petite zone érythémateuse au pourtour de la région atteinte.

EXAMEN HISTOLOGIQUE PRATIQUE AU LABORATOIRE MUNICIPAL DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS,
PAR M. RUBENS-DUVAL.

La biopsie a été pratiquée sur le bord d'une tumeur sessile et aplatie située immédiatement au-dessous de la paupière inférieure droite.

Elle a été fixée immédiatement dans le liquide de Dominici, iodochlorure de mercure additionné de formol. Les coupes, pratiquées après inclusion à la paraffine, ont été colorées suivant les techniques de Dominici et notamment à l'éosine-orange et au bleu de toluidine.

Sur une préparation colorée à l'éosine-orange et au bleu de toluidine, on constate à un faible grossissement (*Zeiss, obj. A.A, oc. comp. 4*), que l'épiderme, visible aux deux extrémités de la biopsie, fait défaut à la partie moyenne de celle-ci. Il est remplacé à ce niveau par une croûte qui revêt non seulement toute l'ulcération, mais la dépasse encore et recouvre l'épiderme conservé.

L'épiderme est hypertrophié, surtout au niveau de ses cônes interpapillaires qui sont irréguliers dans leur forme et dans leur disposition. Il est aminci au contraire au voisinage de l'ulcération.

La croûte, teintée de rouge violacé, est très épaisse au niveau de l'ulcération, plus mince là où elle déborde sur l'épiderme voisin.

Sous la croûte et sous l'épiderme on trouve un tissu nettement teinté de bleu. Il occupe toute l'étendue de la préparation aussi bien en largeur qu'en profondeur. Sous la croûte, là où l'épiderme fait défaut, ce tissu fait une légère saillie au-dessus du plan de l'épiderme. En la plupart des points il refoule l'épiderme ; en plusieurs autres points, au contraire, il se continue avec l'extrémité de cônes interpapillaires hypertrophiés.

Ce tissu, d'origine épithéliale, comme permet déjà de le supposer sa continuité avec quelques cônes interpapillaires et comme le démontre l'examen au fort grossissement, forme des tubes pleins, plus ou moins ramifiés et anastomosés entre eux. Dans les interstices de ces tubes, vivement teintés de bleu, se trouvent des filaments roses, correspondant à du tissu conjonctif.

Un tel tissu, disposé en tubes pleins, irrégulièrement distribués dans le tissu conjonctif, en continuité d'une part avec l'épiderme et le refoulant d'autre part et l'ulcérant même pour faire saillie par l'ulcération, un tel tissu est déjà caractéristique, à ce faible grossissement, d'un épithélioma tubulé.

A un fort grossissement (*Zeiss, obj. 1/12, oc. comp. 4*), cet épithélioma se montre constitué par des cellules toutes semblables entre elles. Ces cellules, pourvues d'un noyau relativement très développé et d'un protoplasme peu abondant, sont étroitement tassées les unes contre les autres. Leurs limites sont indistinctes, en certains points même il est évident que les noyaux n'appartiennent pas à des cellules individualisées mais à un protoplasme commun plasmodial. Dans ce plasmode épithélial néoplasique (*Dominici*) le protoplasme qui entoure certains noyaux en karyokinèse s'individualise cependant quelquefois assez nettement en cellule distincte.

Les noyaux, relativement volumineux, sont très régulièrement ovalaires, tous égaux de taille entre eux. Il en est très peu qui soient même faiblement lobés. Ils sont assez clairs et vésiculeux. Leur chromatine, teintée de bleu, est abondante et disposée en très fins granules. Tous les noyaux sont pourvus d'un nucléole, assez volumineux, nettement teinté de rouge par l'éosine.

Les karyokinèses sont nombreuses; elles sont dans tous les plans et suivant un type régulier.

Le protoplasme très peu abondant occupe les faibles interstices laissés par les noyaux très rapprochés les uns des autres; il est coloré en rose par l'éosine et présente une structure filamenteuse nette, surtout sur les préparations colorées à l'hématoxyline-éosine vert lumière. Ces filaments qui parcourent le protoplasme ont les mêmes réactions tinctoriales que les filaments d'union des cellules de l'épiderme. C'est là d'ailleurs la seule formation différenciée que ce protoplasme ait conservée de sa nature originelle épidermique, car nulle part il n'élabore de substance cornée, normale ou anormale. Nulle part on n'observe ni globes cornés, ni foyer de dégénérescence. Dans toute son étendue et jusque sous la croûte cet épithélioma conserve son type spécial dans toute sa pureté.

Nous avons vu au faible grossissement que la néoformation épithéliale se continuait en certains points avec l'extrémité profonde des cônes interpapillaires de l'épiderme. Au fort grossissement nous pouvons préciser la modalité de ces rapports. Là où les cônes interpapillaires se fusionnent avec le tissu néoplasique, ils s'allongent démesurément et c'est surtout leur couche basale qui participe à cet allongement. Il y a non seulement étirement, mais aussi multiplication des cellules par karyokinèse. Par suite de leur étirement les cellules s'accolent; le protoplasme devenu fusiforme se rétrécit par rapport au noyau qui conserve les mêmes dimensions mais dont la chromatine se renforce; les filaments d'union au lieu d'apparaître comme des ponts intercellulaires, allant d'une cellule à l'autre, subissent l'allongement général et donnent au protoplasme son aspect filamenteux. Ainsi se trouve constitué un tissu épithélial nouveau, celui de la tumeur que nous venons de décrire.

Nous serons bref sur ce qui reste à examiner. Le tissu conjonctif qui sépare les tubes épithéliomateux est un tissu conjonctif jeune, riche en cellules, et ayant élaboré relativement peu de collagène. Il contient quelques capillaires sanguins.

Au niveau de l'ulcération un processus d'inflammation banale est surajouté au processus épithéliomateux. Il y a de nombreux capillaires sanguins et lymphatiques dilatés et bourrés d'éléments cellulaires. La diapédèse est active. Dans les mailles du tissu conjonctif on rencontre alors des leucocytes polynucléaires neutrophiles et éosinophiles, des mononucléaires de divers types et des plasmazellen. Ces phénomènes inflammatoires se retrouvent en dehors de l'ulcération au niveau des papilles et jusque dans l'épiderme qui est le siège d'un œdème et d'une leucocytose marqués.

La croûte est constituée par du sérum concrété emprisonnant des débris leucocytaires et, au niveau où elle recouvre l'épiderme, des cellules cornées desquamées.

En résumé, il s'agit d'un épithélioma tubulé, d'origine épidermique, dont le point de départ semble être la couche basale du corps muqueux de Malpighi. Cet épithélioma a déterminé une ulcération d'où est résultée une inflammation légère due à une infection banale.

Il convient peut-être de rapprocher l'heureux effet du traitement

et la nature de l'épithélioma qui semble, d'après l'examen histologique fait par M. Rubens Duval, s'être développé aux dépens de la couche basale du corps muqueux de Malpighi.

L'action élective des rayons X sur les éléments de la couche basale a été signalée par plusieurs auteurs (Audry, Dalous et Lasserre, cités par Brocq, *Traité de dermatologie*), ce qui explique leur succès dans les épithéliomes développés aux dépens de cette couche basale.

Ce cas de *xeroderma pigmentosum* se présente donc sans aucune difficulté au point de vue du diagnostic; les altérations de la peau du visage et des mains sont nettement caractéristiques. C'est un cas simple que nous avons demandé à M. Baretta de mouler pour le Musée.

L'origine de la maladie ne paraît pas être familiale. On ne trouve rien d'analogue chez les parents de la malade. Une origine hérédoparasymphilitique de cette dystrophie semble aussi devoir être écartée.

Jusqu'à présent l'état général de la malade s'est assez bien maintenu; la pleurésie dont elle vient d'être atteinte a cédé facilement, mais le développement assez précoce de l'épithélioma est inquiétant pour le pronostic, bien que, jusqu'à présent, sa marche soit lente et plutôt bénigne. Le traitement radiothérapique récemment institué, donne de bons résultats. Les premières séances ont déjà donné une amélioration incontestable et réfréné le bourgeonnement des tumeurs.

Cas probable de *xeroderma pigmentosum fruste*.

Par MM. HAELOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY.

On sait quel est le polymorphisme de la plupart des dermatoses; le fait suivant nous conduit à penser qu'il en est ainsi pour le *xeroderma pigmentosum*.

Julia A..., 11 ans, entre le 7 novembre 1906, salle Lugol, n° 43, pour la gale.

L'attention est attirée immédiatement sur la pigmentation de son visage; de loin il semble criblé de taches de lentigo; mais en l'examinant de plus près on reconnaît que la pigmentation d'un brun foncé, l'abondance des taches pigmentées et la dépression cicatricielle de nombre d'entre elles ne permettent pas de s'arrêter à ce diagnostic et éveillent l'idée de *xeroderma pigmentosum*; telle a été également l'impression de notre collègue M. Gaucher qui a examiné la malade.

Elle a 4 frères bien portants dont aucun n'est atteint de cette affection.

Elle-même a jusqu'ici été bien portante. Elle a toujours eu, dit-elle, ces taches sur le visage, mais leur nombre aurait dernièrement augmenté.

Ces taches sont irrégulières, anguleuses plutôt qu'arrondies; leurs dimensions moyennes sont celles d'une tête d'épingle; certaines sont plus petites; quelques-unes ont des dimensions plus considérables. Leur couleur varie du brun clair au café au lait pâle.

Ces taches pigmentées sont fort irrégulièrement disséminées, mais presque toutes siègent au visage; elles sont surtout nombreuses au front, aux joues et aux ailes du nez, où, en certains points elles sont presque confluentes; plusieurs d'entre elles sont légèrement déprimées. Au milieu de ces éléments pigmentés, on remarque d'autres dépressions de la peau arrondies ou irrégulières, de 2 à 3 millimètres de diamètre, de couleur blanche, brillante, il s'agit évidemment de cicatrices. On note un de ces éléments sur la tempe gauche, un autre à la queue du sourcil gauche, un autre au front sur la ligne médiane.

Il y a, en outre, quelques boutons d'acné.

Sur le cou, se trouvent quelques rares taches pigmentaires, sans aucune cicatrice.

Il n'y en a, ni sur les mains, ni sur les bras, cependant exposés à l'air. On n'observe aucune télangiectasie.

Ce qui nous paraît distinguer cette dermatose du lentigo, c'est surtout la dépression d'un certain nombre de taches pigmentées. Nous sommes conduits ainsi à considérer comme probable un début de xeroderma pigmentosum. Il est vrai que les lésions les plus caractéristiques de cette dermatose, c'est-à-dire l'aspect rugueux de la peau, l'exfoliation de l'épiderme, les pustules impétigineuses, les ulcérations, les télangiectasies, les larges couches, les atrésies font défaut, mais ne peut-on admettre, comme tend à le faire M. Brocq, qu'il existe une *forme fruste de xeroderma*, uniquement constituée par des taches pigmentées? Les troubles trophiques légers, mais nettement accentués, qui existent chez cette jeune fille, sont en faveur de cette interprétation.

Valeur comparative de l'examen clinique et de l'examen histologique dans le diagnostic des tumeurs ulcérées de la peau.

Par MM. HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY.

Voici le troisième cas d'aspect semblable que, depuis nos deux dernières séances, nous avons l'honneur de présenter à la Société, avec des diagnostics différents. Dans tous trois; il s'agit de néoplasies larges, planes, surélevées, ulcérées dans la plus grande partie de leur surface qui est plane, molle et bourgeonnante, entourée d'un rebord saillant, induré, ayant tendance à se renverser en dehors sur la peau saine.

Dans le premier cas, les phénomènes concomitants et la marche de la maladie étaient en faveur d'un mycosis, et l'existence, dans le derme, de tissu réticulé, constatée par M. Gastou, nous a confirmé dans cette manière de voir, tandis que M. Milian, au nom de l'histologie, et malgré le réticulum qu'il a vu également, déclare qu'il s'agit de lympho-sarcomes; dans le second cas, M. Darier a déclaré qu'il était

impossible à l'histologie de décider s'il s'agissait d'un lymphadénome ou d'une tumeur mycosique.

La malade que nous présentons aujourd'hui offrait les mêmes difficultés au point de vue clinique ; son histoire peut être résumée ainsi qu'il suit :

La nommée S. F..., âgée de 72 ans, entre le 18 novembre 1906, salle Lugol, n° 14.

Cette femme arrive de province, le 18 novembre 1906, demander une consultation à l'hôpital Saint-Louis pour une large tumeur ulcérée du dos de la main gauche.

Il y a 2 ans, son attention a été attirée vers une induration de la peau, indolore d'ailleurs, qui siégeait au niveau du milieu du deuxième métacarpien de la main gauche : « c'était, dit-elle, comme un cor aux pieds qui lui poussait là ». Cette induration eut d'abord une évolution torpide, grandissant peu à peu sans occasionner de gêne notable, puis, il y a un an environ, la peau s'amincit à la partie centrale de l'induration, il se forma ensuite un pertuis qui donna passage à un peu de liquide sanieux, parfois hémorrhagique, et l'ulcération se constitua ainsi, gagnant peu à peu en étendue ; la gêne qui en est résultée pour les mouvements des doigts a décidé la malade à venir consulter à Paris.

Actuellement, voici ce que l'on constate :

Sur le dos de la main gauche, existe une large ulcération circulaire, surélevée, dont les bords surplombent les régions voisines, formant une véritable tumeur.

Elle occupe à peu près la ligne médiane de la face dorsale de la main, empiétant davantage sur le bord radial ; en haut, elle remonte à peu près jusqu'au carpe ; en bas, elle descend jusqu'à l'espace interdigital situé entre l'index et le médius.

Ses dimensions sont de 6 centimètres de hauteur sur 5 centimètres de largeur.

La surface de l'ulcération est sensiblement plane, bourgeonnante, rosée, recouverte d'une légère exsudation sanieuse, saignant facilement, de consistance molle.

Les bords de l'ulcération — c'est là le point particulier — sont fortement saillants ; ils proéminent d'environ 15 millimètres au-dessus des tissus avoisinants ; en dedans, ils se continuent insensiblement avec la surface ulcérée ; en dehors, au contraire, ils sont taillés à pic, et surplombent la peau saine.

Leur consistance est un peu plus ferme que celle des tissus sains, mais l'on ne peut dire qu'ils soient indurés.

La tumeur est peu mobile, mais non adhérente cependant aux plans profonds.

Tout autour d'elle, la peau a son aspect et sa consistance normaux.

Il existe dans l'aisselle, depuis 2 mois environ, une adénopathie, peu mobile, de la grosseur d'un œuf de pigeon.

La malade ne souffre pas de son affection ; elle éprouve seulement une certaine gêne dans les mouvements des doigts.

Examiné au point de vue histologique, un fragment de la tumeur a montré à M. Gastou qu'il s'agissait là d'un épithélioma pavimenteux typique.

La ressemblance clinique de cette néoplasie avec celle de la maladie que nous avons présentée dans la dernière séance est telle que nous étions conduits à formuler le même diagnostic, hésitant entre un lymphadénome et un mycosis : or, l'histologie a établi que nous étions dans l'erreur.

Il résulte de ces faits que, tantôt la clinique, tantôt l'histologie se trouvent en défaut relativement au diagnostic de ces néoplasies, que des tumeurs ulcérées de nature très diverse peuvent revêtir un aspect clinique presque semblable et que la combinaison des deux modes d'exploration peut seule arriver, dans la plupart des cas, à des conclusions fermes.

M. DARIER. — Les épithéliomas pavimenteux à globes épidermiques présentent souvent un signe que M. A. Fournier a appelé le « signe des vermiottes ». Il consiste en ce qu'on en fait sourdre, par la pression, des filaments blanchâtres ou vermiottes, constitués par des amas de globes épidermiques.

Sur un cas de trichophytie disséminée du tronc.

Par MM. H. HALLOPEAU et BOUDET.

Cette éruption nous paraît mériter l'attention, au point de vue clinique, en raison de son abondance, de sa localisation anormale et de la confluence d'une partie des éléments. Nous en résumerons ainsi qu'il suit la description :

La nommée Augustine P..., âgée de 12 ans, est entrée le 3 décembre 1906, salle Lugol.

Elle était atteinte d'une éruption qui a débuté il y a une huitaine de jours, soit au niveau du sein droit, soit en arrière, là où se trouve le plus large placard, par des taches rouges, circulaires, qui se sont étendues excentriquement en même temps qu'elles se multipliaient et devenaient partiellement confluentes.

Actuellement, on compte sur le tronc vingt de ces plaques, de dimensions différentes.

L'élément jeune se présente sous la forme d'une petite tache lenticulaire, à bord légèrement saillant d'un rouge cuivré, à centre plus pâle et desquamant en petites écailles furfuracées.

À côté, des éléments plus volumineux nettement arrondis, à bord rosé, se démarquent nettement sur la peau environnante qui est saine.

Le contour de la plaque est lisse, légèrement érythémateux ; une légère collerette de desquamation le dessine.

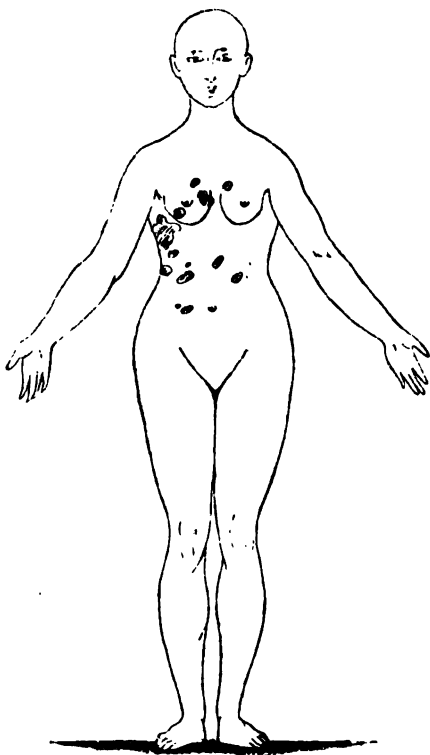
Il n'y a au-dessous aucune infiltration.

Actuellement, il n'y a plus de prurit, mais au début l'affection provoquait des démangeaisons.

Les plaques sont d'étendue et de forme très variables : tandis que les unes, nettement arrondies, ont des dimensions qui varient entre celles d'une pièce de 50 centimes et celles d'une pièce de 10 centimes, d'autres ont des contours polycycliques ; il en est ainsi notamment de la première plaque qui semble aujourd'hui formée par la confluence de 9 plaques primitives.

Au-dessus, on en voit une autre en feuille de trèfle où se montrent nettement les trois plaques primitives.

Deux sœurs de la malade ont été prises avant elle de la même façon, l'une



au bras, l'autre au cou ; elle couche avec celle qui a eu les plaques au bras. Il n'y a pas d'animaux en contact avec les enfants.

Le diagnostic est de toute évidence, et il faudrait un œil peu exercé dans les études dermatologiques pour faire penser à un pityriasis rosé ; d'ailleurs, en cas de doute, l'examen microscopique éviterait une erreur.

Le tronc n'est pas habituellement le siège de cette dermatose ; s'il en a été autrement chez cette jeune fille, c'est qu'elle a contracté cette maladie dans le lit, en contact avec une de ses sœurs, antérieurement affectée.

Une particularité intéressante est la confluence de nombre de plaques en nappes polycycliques : nous en avons compté jusqu'à neuf dans un seul placard ; on les reconnaît à leur forme en cercles incomplets ; dans leurs territoires communs, le rebord en activité s'efface complètement, comme par une espèce d'interférence comparable à celle que l'on observe dans le psoriasis et le plus souvent aussi dans les syphilides : le terrain sur lequel le parasite s'est développé se trouve ainsi en un état d'immunité à l'égard de nouvelles germinations.

Nous nous proposons de rechercher, par la culture, quelle est, dans ce cas, la variété de trichophyton.

Sur une pandermatite pénienne consécutive à des chancres indurés.

Par MM. H. HALLOPEAU et BOUDET.

Les chancres indurés, lorsqu'ils occupent le prépuce ou le gland, donnent lieu souvent à une balano-posthite généralisée.

Chez le malade que nous avons l'honneur de vous présenter, et dans un autre cas très analogue, les lésions inflammatoires se sont étendues, sous l'influence de chancres du fourreau, à toute la verge.

Voici, en résumé, l'observation de ce malade :

Le nommé Lucien L... a contracté il y a environ deux mois un chancre du fourreau qui est actuellement en voie de régression ; il en est de même d'un second chancre qui s'est développé ultérieurement dans la même région ; le premier occupe le dos de la verge dans son tiers moyen ; l'autre est à deux centimètres plus en avant sur le côté droit de l'organe ; il est probable qu'il existe également un chancre du gland ou du prépuce, car un phimosis très prononcé empêche le décalottement. Le fourreau est tout entier d'un rouge vif, tuméfié et épaissi : on y distingue un certain nombre de petites élevures papuleuses ; quelques-unes sont excoriées ; elles siègent pour la plupart au voisinage du prépuce. Le scrotum est également rouge et le siège d'excoriations ; des lésions analogues occupent la partie interne de la cuisse gauche, tandis qu'à droite il s'est développé un groupe d'une dizaine de papules, plus volumineuses, saillantes et ulcérées ; la tuméfaction œdémateuse du fourreau se propage à 2 centimètres au-dessus du pubis. Sur les autres parties du corps, il n'y a à signaler qu'une roséole discrète et une exulcération du pilier antérieur gauche du voile du palais. Notons enfin des adénopathies inguinales relativement peu prononcées.

Ainsi donc, chez ce malade, pendant plusieurs semaines, il s'est développé consécutivement à des chancres et il a persisté une inflammation subaiguë de toute l'étendue du fourreau, et le scrotum a participé au processus.

Il serait des plus intéressant de savoir s'il s'agit là d'une dermite

dans cette maladie qui paraît assez rare, nous indiquerons *le mode de distribution des lipomes et les phénomènes d'asphyxie locale des extrémités*.

La disposition symétrique des lipomes a été déjà observée, mais elle présente ici des caractères remarquablement tranchés et des *localisations insolites*, telles sont les masses des deux côtés de l'occipital, les séries bilatérales des masses lombaires. Le nombre des tumeurs est considérable, on en compte dix environ.

Les *phénomènes d'asphyxie locale* sont très prononcés aux quatre extrémités ainsi qu'au niveau du lobule nasal.

Le *prurit intense* est un phénomène exceptionnel.

Enfin, nous avons vu qu'il s'est produit un *mal perforant*, manifestation non encore mentionnée dans cette maladie.

Ce remarquable ensemble symptomatique ne peut guère s'expliquer que par des troubles concomitants de la nutrition et de l'innervation du grand sympathique, ainsi que de celle des centres moteurs médullaires et psychiques.

Pour ce qui est de la cause prochaine de ces désordres, nous n'avons rien à ajouter à la discussion qui aboutit à l'hypothèse d'une action toxique s'exerçant sur le corps thyroïde ou la pituitaire.

Nature tuberculeuse du pityriasis rubra pilaris.

Par M. MILIAN.

Les follicules pilo-sébacés de la peau sont assimilables aux canaux glandulaires de l'économie : canal de Sténon, canal de Wirsung, etc. Ils peuvent être envahis par les agents microbiens suivant deux voies : la voie canaliculaire ou ascendante et la voie sanguine.

Dans les folliculites ordinaires, comme le sycosis trichophytique ou non, dans les teignes, l'*infection part de l'ostium pilaire* où le parasite a été déposé et gagne de proche en proche le fond du follicule comme dans les angiocholites, la muqueuse du cholédoque se laisse peu à peu envahir de son orifice duodénal jusqu'au foie.

Au contraire, dans des lésions comme les syphilides acnéiques, il s'agit de *périfolliculites* ; c'est autour des follicules, dans les nombreux capillaires disposés en réseau autour de la membrane basale, que se produisent les réactions inflammatoires et que se dépose l'infiltrat. Un grand nombre de tuberculides sont des périfolliculites, témoin le lichen scrofulosorum, la xérodémie pilaire, etc. Les syphilides acnéiques elles-mêmes ne s'observent que chez les tuberculeux porteurs de tuberculoses peu virulentes : ganglions tuberculeux, ostéites, etc.

C'est cette grande fréquence de l'origine tuberculeuse des périfolli-

culites qui m'a fait songer à la vraisemblance de l'origine tuberculeuse du pityriasis rubra pilaris qui est, lui aussi, une périfolliculite. Le cône pileux n'est qu'une lésion accessoire; c'est une hyperkératose consécutive à l'infiltrat périfolliculaire qui, lui, est la lésion primordiale.

..

J'ai présenté ici même (1), en juillet 1906, un jeune enfant qui présentait d'une part de gros ganglions sous-maxillaires non suppurés, déformant la région; des lésions de bronchite des deux sommets et, d'autre part, une éruption qualifiée par les uns de pityriasis rubra pilaris et par les autres, de lichen scrofulosorum. Le plus grand nombre opiait pour le pityriasis rubra. Or, à l'examen histologique on trouvait de très belles cellules géantes dans l'infiltrat périfolliculaire, à condition de faire des coupes en nombre suffisant pour les rencontrer.

Fallait-il donc en conclure que l'on avait affaire plutôt à un lichen scrofulosorum qu'à un pityriasis rubra pilaris?

Il est plus sage de penser qu'on était en présence d'un de ces faits de passage si nombreux en dermatologie et qui, dans le cas particulier, devenait un élément précieux d'information, car il montrait la possibilité d'une étiologie commune.

..

Ainsi prévenu, j'ai cherché si la clinique pouvait me fournir des arguments favorables à cette hypothèse. Pour cela j'ai colligé les observations du mémoire de Besnier (2). Ce mémoire renferme 28 observations. Sur ce nombre, 5 observations n'étaient pas utilisables puisqu'elles étaient trop courtes ou écrites en anglais intraduisible pour moi. Il m'est donc resté 23 observations à dépouiller. Après lecture attentive, on peut constater que dans quatre observations seulement il n'est pas du tout question de la tuberculose (obs. 5 Tilbury Fox, IX Rendu, XI Richaud, XIV Besnier); dans six observations (XV, XVI, XVII, XIX Besnier; XX, XXIII, XXV Vidal) la tuberculose était seulement probable; enfin, dans les douze autres observations (II et III Devergie, IV Thomas Hillier; VIII J. Renault; X Richaud et Hallopeau; XII, XIII, XVIII, XXI Besnier; XXII Vidal et Raymond; XXIV Wickham; XXVIII César Boeck) la tuberculose

(1) L'observation n'a pas été publiée dans les bulletins de la Société de dermatologie, mais on la trouvera dans les bulletins de la Société anatomique.

(2) BESNIER. Observations pour servir à l'histoire clinique du pityriasis rubra pilaris. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 2^e série, t. X, 1889, nos 4, 5 et 6.

est flagrante. Dans l'observation II, la jeune fille avait eu des « engorgements ganglionnaires suppurés dans l'enfance; dans l'observation III, le malade, de tempérament lymphatique, venait se faire soigner « d'un pityriasis rubra compliqué d'une bronchite intense » et « une tuberculisation pulmonaire intermittente » empêcha d'appliquer le traitement; dans l'observation IV il y a, en même temps que le pityriasis, une ostéite tuberculeuse du tibia; dans l'observation VIII le malade a une sœur morte de la poitrine à 26 ans, et il a eu trois enfants morts : l'un à un an et demi de fluxion de poitrine, le second à 8 mois de convulsions, le troisième de la rougeole à 3 ans; dans l'observation X, il y a des accidents scrofuleux dans l'enfance, de la gourme vers 10 ans, et souvent des adénites sous-maxillaires; dans l'observation X le père est mort phthisique et le sujet « délicat » a eu des « gourmes intenses »; dans l'observation XIII il y a de l'algidité des extrémités, la mère est atteinte de bronchite habituelle; dans l'observation XVIII, algidité avec cyanose habituelle des extrémités et engelures; dans l'observation XXI glandes au cou dans l'enfance et persistance de blépharite chronique ciliaire; dans l'observation XXII adénopathies ainsi que dans l'observation XXIV; dans l'observation XXVIII il y a de grosses adénopathies des fosses iliaques.

La proportion des tuberculeux est donc très forte chez les sujets atteints de pityriasis rubra pilaire; bien qu'elle n'ait pas été cherchée systématiquement dans les observations du mémoire de Besnier, on l'y découvre dans la proportion certaine de 52,17 p. 100. et probable de 82,6 p. 100. Si les observations avaient été prises avec l'idée préconçue de la tuberculose, en faisant une enquête minutieuse et en recherchant les moindres stigmates bacillaires, celle-ci aurait certainement été dépistée dans une proportion bien plus grande encore.

*
*
*

Devant de tels résultats, je résolus d'essayer une démonstration plus positive encore, quoique la plupart des « tuberculides » aient été découvertes par ce procédé statistique. L'occasion s'en présenta avec le malade suivant, dépourvu de toute lésion tuberculeuse appréciable cliniquement, et que j'injectai à la tuberculine (1).

Voici cette observation :

Le nommé L..., Joseph, âgé de 33 ans, maçon, entre le 8 novembre 1906. salle Cazenave, lit n° 49, dans le service du Dr de Beurmann, que j'ai l'honneur de suppléer.

Il est porteur d'une éruption ayant débuté au mois d'août 1906, par les

(1) La tuberculine employée fut celle de l'Institut Pasteur de Paris, livrée en ampoules de 10 milligrammes pour l'épreuve du bétail.

mains d'abord, puis les avant-bras, de sorte que le malade en attribuait le développement à son métier et voulait qu'on l'assimilat aux accidents du travail dont sont victimes nombre de ses compagnons.

L'affection s'était étendue ensuite à la poitrine, aux pieds, aux jambes et aux cuisses. Le visage fut pris en dernier lieu. Le tout se développa sans douleur, ni prurit.

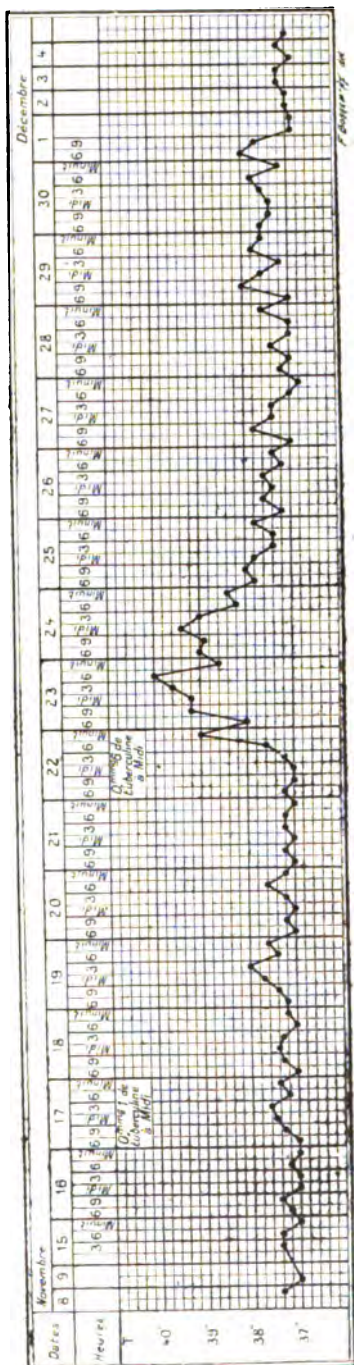
Il s'agissait, non d'une éruption artificielle, mais d'un pityriasis rubra pilaris de Devergie, des plus caractéristiques et des plus classiques.

A l'entrée le malade se présentait avec l'aspect suivant :

Sur le dos des mains, les avant-bras et une partie des bras, sur les jambes et les cuisses existe une *rougeur diffuse avec infiltration et exagération des plis*. Sur le dos, existent aussi des rougeurs, mais en plaques moins étendues de la dimension d'une pièce de 5 francs en moyenne et présentant d'une manière très remarquable et très élégante le plissé fin et régulier des stries papillo-sudorales et sébacéo-pilaires. De place en place, existent sur ces plaques rouges des intervalles de peau saine à contours exactement limités.

Sur les épaules, sur les flancs, au niveau des fesses, existent de nombreux *éléments folliculaires* disposés en séries curvilignes suivant les plis de la peau, ou en petits groupes arrondis, qui sont constitués par une petite rougeur du centre de laquelle s'échappe un petit filament blanchâtre un peu semblable à ces poils cassés, blanchâtres, amiantacés de la teigne à petits spores et présentant un aspect analogue à la xérodermie pileaire. Sur le dos des mains, sur le dos des premières phalanges, on voit quelques très rares cônes, mal marqués et centrés par un point noir.

Sur le cuir chevelu, sur le visage



existe une desquamation assez finement lamellaire, donnant aux parties un aspect plâtreux.

A la plante des pieds existe une *hyperkératose* extrêmement accentuée.

C'est là, en un mot, un *pityriasis rubra pilaris* des plus caractérisés.

Les autres appareils ne présentent rien d'anormal.

Les *poumons*, auscultés soigneusement, ne présentent aucun signe pathologique, pas même de troubles dans le murmure vésiculaire.

Le cœur est sain.

Le foie et la rate sont de volume normal.

Les urines ne renferment ni sucre ni albumine.

Enfin le *système nerveux* ne présente pas de lésion appréciable.

La température du malade à l'entrée était de 37°.

Les antécédents héréditaires du sujet nous fournissent peu de renseignements. Son père et sa mère sont bien portants. Ils ont eu 10 enfants dont 5 sont vivants. Les autres sont morts vers un ou deux ans. Le malade ne peut nous donner les causes de cette mort.

L..., lui-même n'a jamais présenté de maladie grave. Étant soldat, à 22 ans, il a eu un érysipèle de la face. Il eut une blennorrhagie il y a 5 ans. On ne note chez lui rien autre chose.

Le 17 novembre à midi, je lui fais une injection de 0^{mm},4 de tuberculine. Il n'y a pas eu de réaction générale.

Le malade a éprouvé le lendemain quelques démangeaisons au niveau de ses placards éruptifs. Il n'y a eu d'élévation thermique (Voy. courbe ci-jointe) que 48 heures après. Le 19 novembre à 3 heures du soir, il y avait en effet 38°,2. Cette élévation thermique était encourageante, car je l'ai rencontrée souvent sous cette forme modérée et retardée dans le cas d'injection de 0^{mm},4.

Le 22 novembre, à midi, j'injectai sous la peau 0^{mm},6 de tuberculine. Cette fois, la réaction fut extrêmement violente, comme on peut s'en rendre compte sur la courbe. A 6 heures du soir, la température commençait à monter (37°,6) ; à minuit, elle atteignait 39°,2 et le lendemain à 6 heures du soir, 40°,2. Cette réaction dura quatre jours pleins en dessinant un clocher sur la feuille de température. Il y eut d'ailleurs dans les jours qui suivirent quelques petites poussées fébriles.

Les phénomènes généraux furent, eux aussi, très accentués. La nuit du 22 au 23 fut agitée; le malade ne put dormir; il avait de la céphalée; de temps à autre, il avait une petite toux sèche, bien qu'il fût impossible de découvrir la moindre lésion pulmonaire à l'auscultation la plus attentive.

Ces phénomènes généraux tombèrent le lendemain 24 novembre.

Mais le plus important fut la *réaction locale*. Toutes les plaques érythrodermiques étaient d'une rougeur vive et brûlantes. La desquamation n'était pas très accentuée car le malade était traité par l'axonge depuis plusieurs jours. De petites plaques à peine visibles la veille étaient maintenant d'une évidence absolue et même saillantes. Le quadrillage à peine visible était maintenant de toute beauté.

Les cônes pilaires des phalanges étaient sortis en grande abondance.

Le malade avait été montré le 21 par M. Gaucher à son cours et M. Gaucher avait fait remarquer que ce *pityriasis* pourtant typique ne montrait

pour ainsi dire aucun cône pileux sur le dos des phalanges. Le 22, c'est-à-dire 24 heures après l'injection de tuberculine, tous ces cônes étaient sortis et le malade devenait ainsi un type accompli de pityriasis pilaris. Dans le dos, même abondante floraison de cônes pileux qui, les uns, étaient arrondis et les autres ombiliqués comme des papules de lichen plan.

Le 24, cette réaction locale s'atténua. La rougeur des plaques s'éteignit. Le 26, les cônes s'affaissaient mais persistaient beaucoup.

Aujourd'hui 6 décembre, le malade quoique encore bien typique (1) est nettement amélioré. Les vastes plaques rouges des membres sont, en particulier, moins infiltrées et très pâlies.

*
* *

Jusqu'ici, les causes du pityriasis *rubra pilaris* sont complètement ignorées.

Gaucher (2) dit: « L'étiologie est encore plus obscure... Je l'ai vu se développer une fois, à la suite de chagrins et de fatigues exagérées, une autre fois chez un alcoolique invétéré. Ce sont des causes banales, dont je ne puis expliquer le mode d'action. En réalité, nous ne savons rien sur la nature de la maladie. Chez une jeune fille, que je soigne en ce moment, la maladie est apparue sans aucune cause appréciable. »

Thibierge (3), dans la *Pratique dermatologique*, dit également: « Le pityriasis *rubra pileux* est une affection très rare; son étiologie est fort mal déterminée. La seule condition prédisposante qu'on puisse accuser est le nervosisme des parents, quelquefois le lymphatisme des malades eux-mêmes. »

« Les poussées, elles-mêmes, se produisent le plus souvent sans cause occasionnelle apparente, ou à la suite de circonstances tellement banales et variables qu'on ne peut leur attribuer une valeur réelle. »

Brocq (4), tout récemment, dit encore: « L'étiologie de cette affection est complètement inconnue. Elle peut apparaître à tout âge: cependant, elle débute d'ordinaire pendant la jeunesse ou l'adolescence. Elle est un peu plus fréquente chez l'homme que chez la femme. »

Il me semble qu'en raison des faits rapportés dans ce travail, l'obs-

(1) J'ai demandé à M. Baretta, l'illustre artiste de l'hôpital Saint-Louis, de vouloir bien mouler une épaule de ce malade, de manière à conserver du cas une pièce à conviction. On n'y verra pas de squames car toutes celles-ci sont décapées par l'axonge.

(2) GAUCHER. *Traité des maladies de la peau*, t. II, p. 354, 1898.

(3) THIBIERGE, Art. *Pityriasis rubra pileux* in *Pratique dermatologique* de Besnier, Brocq et Jacquet, t. III, p. 892.

(4) BROCC. *Traité élémentaire de dermatologie pratique*, t. II, p. 36.

curité qui entourait encore le pityriasis *rubra pilaris* et dont témoignent les trois citations ci-dessus, tend à se dissiper et que la nature tuberculeuse de l'affection n'est pas douteuse. La série des arguments est la suivante :

a) *Grande fréquence de la tuberculose chez ces malades.*

La tuberculose qu'on observe est presque toujours une tuberculose peu virulente ou larvée. Elle passe souvent inaperçue parce qu'on ne la recherche pas d'une manière systématique et que, précisément, elle n'apparaît pas d'une manière flagrante.

b) *Existence de cas intermédiaires entre le lichen scrofulosorum, tuberculide avérée, et le pityriasis rubra pilaris.*

c) *Réaction positive du sujet à la tuberculine* ; on l'a vu, cette réaction présentait les garanties nécessaires à la démonstration. Il y a eu à la deuxième injection, avec 0^{mm},6 de tuberculine, une *réaction générale* avec courbature, mal de tête, etc., et une *réaction locale*.

C'est cette réaction locale qui donne à l'observation toute sa valeur, car s'il y avait eu seulement la réaction générale, on avait seulement le droit de dire que le sujet était tuberculeux, mais non que son pityriasis l'était. La réaction locale a été très nette : rougeur vive et chaleur (le lendemain de l'injection) de tous les placards rouges de la surface du corps ; apparition d'un grand nombre de cônes pilaires très saillants dans les régions où il n'en existait pas encore, et accentuation des précédents. Cette réaction locale a suivi une marche parallèle à la température. Rougeur, chaleur, cônes pilaires, tout cela s'est atténué progressivement, au fur et à mesure que la température tombait.

d) L'amélioration du malade a été telle après la tuberculine, que l'on peut songer à utiliser cette substance comme méthode thérapeutique efficace pour une maladie contre laquelle on est jusqu'alors assez désarmé.

..

Je dois faire remarquer, en terminant, qu'il est probable que bien d'autres affections de la peau sont sans doute également de nature tuberculeuse.

Il est étonnant, en effet, de voir combien peu nombreuses sont les tuberculoses de la peau, connues, comparativement aux autres tuberculoses en général, ou plutôt combien peu nombreuses sont les affections de la peau, reconnues tuberculeuses relativement au nombre considérable des autres affections de la peau.

Il me paraît que l'*eczéma péripilaire* ou *eczéma folliculorum* de Malcolm Morris et de Unna, mérite, lui aussi, d'être considéré comme une tuberculose cutanée atypique. J'ai été frappé de la *constance* de

la tuberculose pulmonaire chez les sujets qui en étaient porteurs, non pas d'une tuberculose bruyante, mais d'une tuberculose fibro-emphysemateuse, se cachant sous le masque d'une bronchite chronique ou d'un asthme. J'ai vu de ces tuberculeux de vieille date (de plusieurs années), faire des poussées d'eczéma folliculaire en même temps que des poussées de tuberculose, etc. Ces documents feront l'objet d'un prochain travail.

M. Brocq ne fait-il pas remarquer que, au début, cette affection « simule, à s'y méprendre, le pityriasis *rubra pilaire* (1) ». Les lésions anatomiques s'en rapprochent aussi, car ce sont des éléments périfolliculaires.

Le *lichen plan*, lui-même, est souvent difficile à distinguer, histologiquement, du pityriasis pilaris; ne pourrait-il pas être, lui aussi une tuberculose atypique? Ne voyons-nous pas le pityriasis pilaris faire des lésions cliniquement identiques au lichen plan. Le malade Lop... en était un exemple admirable. Je pose d'ailleurs cette question sans la résoudre, car je n'ai pas observé ni étudié de lichen plan depuis que j'ai cette idée.

Les *pseudo-pelades* de Brocq, qui réalisent le type des périfolliculites chroniques, mériteraient d'être étudiées au même point de vue.

M. PAUTRIER. — J'ai eu l'occasion d'observer un cas de pityriasis rubra pilaire coïncidant avec un lupus érythémateux du visage, dans le service de M. Brocq, et dont voici d'excellentes photographies. Ce cas n'est communiqué qu'à titre de document, toutes réserves étant faites sur l'interprétation qu'il convient de lui donner.

L'histologie pathologique du pityriasis rubra pilaire a été bien faite dans le mémoire que M. Jacquet a annexé au travail de M. Besnier, en 1889. La lésion sur laquelle M. Jacquet a presque uniquement insisté est l'existence du cône corné s'enfonçant dans l'utricule pilo-sébacé. J'ai pu faire une biopsie des lésions chez un jeune homme atteint d'une éruption au début, encore douteuse, et qui évolua ensuite nettement vers le pityriasis rubra pilaire. J'ai constaté dans ce cas une infiltration extrêmement intense de toute la partie superficielle du derme, et de plus, une infiltration périvasculaire. L'ensemble pouvait rappeler les lésions habituelles des tuberculides, mais je n'y ai rencontré ni cellules épithélioïdes ni cellules géantes, rien en un mot qui fût l'indice d'un tissu tuberculeux franc. M. Milian a-t-il observé quelque chose de semblable chez son malade?

M. JACQUET. — Lors des recherches histologiques que j'ai faites sur le pityriasis rubra pilaire et dont les résultats se trouvent dans le beau travail de M. Besnier sur cette affection, je n'ai constaté aucune formation histologique qui ait pu faire soupçonner l'origine tuberculeuse de la maladie. Ce n'est cependant pas une raison d'éliminer cette origine.

M. HALLOPEAU. — Dans le travail si documenté que notre vénéré président

(1) BROcq. *Traité élémentaire de dermatologie pratique*, t. II, p. 79.

honoraire, M. Besnier, a consacré au pityriasis rubra pilaire, on peut trouver un certain nombre d'observations où la tuberculose est signalée dans les antécédents soit héréditaires, soit personnels.

M. MILIAN. — J'ai relevé, comme je l'ai dit plus haut, tous les faits rapportés par M. Besnier; la tuberculose y est décelable dans la moitié des cas. Je n'ai pu faire encore de biopsie chez le malade que je vous présente; mais j'ai examiné histologiquement d'autres cas, et n'y ai jamais trouvé aucune lésion tuberculeuse typique. Toutefois le siège périfolliculaire des lésions rappelle ce qu'on observe dans beaucoup de tuberculides. Je crois qu'il existe tous les intermédiaires entre le pityriasis rubra pilaire et le lichen scrofulosorum.

M. BALZER. — J'ai observé récemment un enfant atteint de pityriasis rubra pilaire typique formant à la nuque un placard large comme la paume de la main, et au voisinage, de lésions papuleuses, rappelant le lichen scrofulosorum. Cet enfant avait un gros ventre, et des adénopathies multiples au cou, et sa mère était atteinte d'une tuberculose avancée.

M. DARIER. — J'ai observé un cas tout à fait analogue à celui que vient de citer M. Balzer : un enfant atteint de pityriasis rubra pilaire et d'adénopathies multiples et dont la mère était tuberculeuse.

Je ferai remarquer que, de toutes les grandes dermatoses, le pityriasis rubra pilaire est certainement une de celles qu'on observe le plus souvent à l'état fruste. Ces formes frustes sont ordinairement d'un diagnostic très embarrassant; les lésions commencent par une rougeur diffuse avec légère accentuation des pores pilo-sébacés; puis elles conduisent à l'érythrodermie à squames plâtreuses; elles peuvent aussi prendre un aspect très voisin de celui du lichen scrofulosorum.

Je suis tout à fait d'accord avec M. Milian pour admettre qu'il existe des faits intermédiaires entre le pityriasis rubra pilaire et le lichen scrofulosorum.

M. PAUTRIER. — Je rappellerai que Böeck (de Christiania) a décrit des formes atypiques de lichen scrofulosorum qui évoluent, les unes vers le lichen simplex, les autres vers des états voisins du pityriasis rubra pilaire; je crois donc qu'il convient d'être très circonspect et d'étudier avec soin les futurs cas de pityriasis rubra pilaire dans lesquels on pourra soupçonner la tuberculose.

Tuberculides papulo-nécrotiques transformées in situ en lichen scrofulosorum, chez une fillette de 13 ans atteinte de tuberculose osseuse et ganglionnaire.

Par MM. DARIER et BRISSY.

Des faits actuellement connus et publiés, il ressort avec la dernière évidence qu'il y a une parenté étroite entre les divers types de tuber-

culides, de même qu'entre les tuberculides et les tuberculoses de la peau.

Kaposi avait déjà signalé la coïncidence du lichen scrofulosorum et de l'acné cachecticorum chez le même sujet. De nombreux auteurs ont remarqué, et nous-mêmes avons observé plusieurs fois, la coexistence de tuberculides papulo-nécrotiques et de lichen scrofulosorum ou de sarcoïdes sous-cutanées, etc.

L'observation que nous présentons tend à démontrer la parenté naturelle des tuberculides papulo-nécrotiques et du lichen scrofulosorum, et cela d'une manière nouvelle. Au lieu de voir deux éléments de type différent évoluer l'un à côté de l'autre, et de conclure à leur parenté par un ensemble de caractères communs aux tuberculides, nous avons rencontré une éruption dont chaque élément a présenté à un moment donné le type des tuberculides papulo-nécrotiques et, à un autre moment, celui du lichen scrofulosorum.

Il s'agit d'une fillette de 13 ans, qui, au mois de mai 1906, se trouvait en traitement dans le service du Dr Broca, à l'hôpital des Enfants-Malades, pour tuberculose ganglionnaire du cou, ulcérée.

Depuis le 13 mai, cette enfant présente une éruption qui a les caractères suivants au moment où elle est examinée à ce point de vue pour la première fois (30 mai) :

L'élément éruptif est constitué par une papulette grosse comme une tête d'épingle, avec un point jaune central, formé non par du pus, mais par un tissu sec et concret, s'enlevant d'un bloc par le grattage, et laissant à sa place une petite ulcération putéiforme, exactement comblée par le tissu enlevé en grattant l'élément.

La topographie de cette éruption est la suivante. Elle a débuté par la face interne des cuisses où les éléments sont très nombreux, assez souvent groupés deux par deux. Elle existe de même sur le tronc, la poitrine, le dos et les bras.

Au niveau des avant-bras, les éléments sont peut-être plus caractéristiques encore, mais plus espacés.

Rien aux mains.

A la figure se voit un groupe d'éléments au-dessous de la paupière inférieure gauche.

L'enfant porte deux ulcérations tuberculeuses d'origine ganglionnaire. L'une est une adénite cervicale suppurant largement du côté gauche. L'autre est au niveau du ganglion sus-épitrochléen, également du côté gauche.

Autour de chacune de ces ulcérations les éléments papulo-nécrotiques sont groupés en quantité plus considérable que dans le reste de la région.

A noter que sur le tronc les éléments sont sur base séborrhéique.

Outre ses manifestations ganglionnaires, l'enfant a présenté d'autres localisations tuberculeuses. Il y a dix-huit mois, à la suite d'une chute, elle a eu un mal de Pott, pour lequel elle a été immobilisée et qui paraît arrêté dans son évolution. Rien aux poumons.

Une première biopsie est faite le 30 mai 1906. — Élément isolé à la face de l'avant-bras droit. Fixation à l'acool à 90°. Inclusion et coloration par les méthodes ordinaires.

Cette biopsie montre un élément nécrotique, constitué en son centre par un clou de pus concret, s'enfonçant dans l'épiderme, le dépassant et entamant le derme. Dans le derme, autour de la zone de nécrose, se trouve une zone d'infiltration, avec traînées de cellules plasmatiques périvasculaires. De plus, il y a destruction du tissu élastique au niveau de la zone nécrotique.

En résumé, élément papulo-nécrotique, sans trace de tissu tuberculoïde.

L'enfant est revue 15 jours plus tard, le 15 juin; mais à ce moment l'éruption a changé complètement d'aspect.

Dans sa distribution l'éruption est restée exactement la même; il y a autant d'éléments qu'il y en avait, et il ne s'en est pas formé de nouveaux; mais tous les éléments se sont modifiés, et de la même façon. Ils se sont flétris, pour ainsi dire. Il y a eu éviction du foyer nécrotique; on le retrouve, à l'état de croûte, coiffant le sommet d'une papule, ou bien cette croûte est déjà tombée. Sous les croûtes qui persistent, on découvre une petite papule grosse comme un grain de millet, de couleur foncée, cuivrée, ressemblant à un microscopique élément de lupus. A la vitropression, légère translucidité de cet élément.

Une seconde biopsie est pratiquée le 15 juin à la face antérieure du genou gauche. Fixation et coloration comme pour la première.

L'examen de la pièce donne des résultats tout différents. Au sommet de la papule, l'épiderme présente un amincissement considérable. Au-dessous, bien isolé du reste des tissus, se trouve un noyau de tissu tuberculoïde, véritable tubercule élémentaire, avec une cellule géante, entourée par un amas de cellules épithélioïdes et lymphoïdes.

Le bacille de Koch n'a pas été recherché. L'épreuve de la tuberculine n'a pas été faite, non plus que l'inoculation.

L'enfant, qui allait beaucoup mieux à ce moment, est sorti du service dans le courant du mois de juillet.

Cette observation démontre un fait anatomique intéressant. Dans le rapport sur les Tuberculides, présenté par l'un de nous au Congrès de Dermatologie de Paris, 1900, il avait admis que, par leur structure histologique, les tuberculides se rangent en deux groupes: le type A, tuberculoïde, et le type B, nécrotique. Dans le cas actuel on voit ces deux types anatomiques, si nettement tranchés, se substituer *in situ* l'un à l'autre. Le type tuberculoïde succède au type nécrotique.

On pourrait sans doute interpréter de diverses façons cette transformation. L'explication qui nous semble la plus plausible serait la suivante: Le virus, probablement arrivé par embolie, étant fortement nocif, a provoqué la nécrose du petit foyer embolique; après élimination de ce foyer, il restait assez de substance virulente pour donner naissance à du tissu tuberculoïde.

Quoi qu'il en soit, la parenté intime des tuberculides papulo-nécro-

tiques et du lichen scrofulosorum est une fois de plus confirmée. Notre observation établit, de par la clinique et de par l'anatomie pathologique, le passage direct de l'une de ces formes à l'autre. Il sera intéressant de rechercher à l'avenir si cette transformation est fréquente.

Leucoplasie et épithéliomatose surtuberculeuses.

Par M. Ch. AUDRY.

Il n'y a pas lieu de revenir sur les rapports immédiats ou indirects qui existent entre la syphilis d'une part, la leucoplasie et l'épithélioma des muqueuses d'autre part (1). On sait de reste que la syphilis par ou sans l'intermédiaire de la leucoplasie, est le plus actif agent provocateur de l'épithélioma de la bouche (langue, joues, amygdales, pharynx, etc.) ; mais on peut encore s'occuper à mettre en relief les rapports de même ordre qui existent entre la tuberculose d'une part, et, d'un autre côté, la leucoplasie et l'épithélioma.

1^o LEUCOPLASIE SURTUBERCULEUSE.

Un premier point peu connu, et non douteux, est le suivant : *Des lésions tuberculeuses des muqueuses ectodermiques peuvent engendrer dans celles-ci des altérations leucoplasiques, leuco-kératosiques avérées.*

J'en possède 3 observations certaines ; dans les 3 cas, il y avait eu erreur de diagnostic rectifiée par l'examen histologique.

1^{er} Cas. — On en trouvera l'observation reproduite en détail dans les comptes rendus de cette Société en mars 1897, sous le titre : Papillome juxta-lupique de la langue ; tubercule du cervelet ; mort. Il s'agissait d'un homme, probablement ancien syphilitique, amené dans mon service pour des accidents de torpeur qui se transformèrent en coma et se terminèrent par une mort rapide, malgré le traitement spécifique. Pendant sa vie, on avait constaté l'existence d'un placard leucoplasique limité et saillant de la langue qu'on avait attribué à la syphilis. A l'autopsie, tumeur circonscrite de l'écorce du cervelet, et méningite. L'examen microscopique montra que cette tumeur du cervelet était un tubercule, et que le placard de la langue recouvrait un infiltrat lupique des plus nets.

2^e Cas. — Il s'agissait d'un placard de leucoplasie circonscrite et saillante développée sur le côté droit de la vulve d'une femme âgée de 60 ans, un peu au-dessous de l'origine des petites lèvres. Extirpation. Au microscope, leucoplasie recouvrant un infiltrat de lupus bien caractérisé. (Noté dans la thèse récente de Combéleran sur les tuberculoses de la vulve. Toulouse, 1906.)

3^e Cas. — Encore inédit, il sera reproduit en détail dans une thèse d'un de mes élèves consacrée à la tuberculose des lèvres. En voici le résumé. En juin 1906, vient à la polyclinique un homme de 55 ans ; je l'ai soigné autrefois

(1) ETCHÉVERRY, Syphilis et cancer : *Annales de dermat. et de syph.*, août 1904.

Je ne connais pas de cas exactement semblable. En général, les chromidroses sudorales sont bleues et ne se localisent pas de cette manière. Il ne s'agit point de sueurs colorées. Ici, la sueur est incolore, et le noircissement se produit secondairement et dans l'épaisseur de la couche cornée, comme si celle-ci s'imbibait d'une substance noircissant au contact de l'air.

La *stearrhea nigricans* d'E. Wilson est totalement différente.

On peut se demander s'il ne faut pas expliquer ce fait en utilisant des données fournies par M. Gessard.

Ce dernier a montré que la tyrosine jouerait le rôle d'un chromogène qui deviendrait noir ou brun foncé par l'action oxydante de la tyrosinase (1).

On en peut induire que chez mon jeune homme, il y aurait une hyperidrose à tyrosine d'origine probablement réflexe et se produisant seulement au niveau des points de pression sur le porte-plume.

Il est vraisemblable que le système nerveux joue un rôle capital en ce cas, comme dans un grand nombre de syndromes hyperidrosiques.

Syphilis cérébrale précoce; artérite du tronc basilaire et foyer de ramollissement protubérantiel; guérison. Artérite de la sylviennne; méningite, mort, autopsie.

Par M. CONSTANTIN.

L. L..., 26 ans, tailleur d'habits, de constitution assez robuste, contracte à la fin de son service militaire (il y a un peu plus de deux ans), une syphilis sévère d'emblée. Soumis aux injections d'huile grise, le malade vint d'abord se montrer assez régulièrement, puis on le perdit de vue pendant quelque temps, lorsque vers le milieu de juillet de cette année nous le revîmes à la consultation, porteur d'une hémiplegie gauche avec contracture, bien que ne remontant à guère plus d'un mois. On lui fait alors (10 juillet) une injection de calomel.

Quelques jours plus tard, le 17 juillet dans la soirée, on le ramène à l'Hôtel-Dieu où il est admis d'urgence dans le service de M. le professeur Audry. Son état est des plus graves: le matin même au réveil, il a été brusquement atteint d'aphasie complète avec état subcomateux entrecoupé de courtes périodes d'excitation; on lui fait immédiatement une injection de calomel et l'on prescrit en même temps l'iodure à haute dose.

M. le Dr E. Sorel ayant observé le malade dès le début de ses accidents cérébraux, nous empruntons les renseignements qui suivent à l'observation qu'il a publiée à la Société anatomo-clinique:

« Dans la nuit du 1^{er} au 2 juin 1906, une hémiplegie gauche apparaissait, (la dernière piqûre d'huile grise avait été pratiquée la veille), l'hémiplegie se constituait lentement sans ictus, affectant le syndrome clinique des hémip-

(1) GESSARD. *Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, 4 mai 1903. Cf. aussi: *Pratique dermatologique*, t. IV, art. Sudoripares.

plégies par arterite oblitérante, non celui des paralysies par hémorrhagie cérébrale.

« L'hémiplégie était totale, elle date de 3 semaines et voici déjà des signes de contracture : exagération des réflexes rotuliens, ébauche de clonus du pied, exagération plus ou moins accentuée des divers réflexes tendineux, signe des orteils de Babinski. Il y a participation de la face à la paralysie, on ne relève ni troubles intellectuels ni troubles du langage, pas de perversion de la sensibilité. Le malade se plaint uniquement de quelques douleurs de tête, assurément sous la dépendance de la spécificité. » (D^r E. Sorel; *Toulouse-Médical*.)

Le lendemain de son entrée à l'hôpital, L. L... est sensiblement dans le même état d'obnubilation que la veille, par moments il a dans les membres inférieurs et le bras droit des mouvements non convulsifs mais lents et désordonnés; il essaie parfois de se lever et d'émettre avec peine des sons inarticulés, il ne peut parler malgré ses efforts, il lui est impossible d'écrire bien que son bras droit ait conservé toute sa motilité. Il semble entendre et comprendre les questions qui lui sont posées, auxquelles il répond par signe.

La fente buccale est légèrement déviée à gauche. Le facial supérieur est intact.

Les pupilles sont sensiblement égales, et réagissent normalement à la lumière.

Il n'y a pas de nystagmus ni de paralysie oculaire externe.

Du côté des membres : à gauche, hémiplégie avec contracture difficile à vaincre, exagération des réflexes tendineux, pas de clonus du pied, phénomène des orteils positif.

Sensibilité conservée, seulement un léger retard dans la perception de la douleur.

A droite, les membres ne présentent ni contracture, ni modification des réflexes tendineux. Pas de phénomène des orteils. Pas d'atteinte sérieuse à la motilité. La sensibilité est normale.

Les réflexes cutanés sont un peu diminués, surtout à gauche.

Le malade refuse bientôt toute ingestion de liquide, on doit recourir à la sonde pour lui faire prendre l'iodure de potassium (16 grammes par jour) et le lait; il est très constipé.

Le 19 juillet, l'état de L. L... s'est encore aggravé. L'assoupissement de la veille a fait place à une agitation extrême (on est obligé de maintenir de force le malade dans son lit). Incontinence d'urine et constipation absolue. Le bras droit est parésié et en demi-flexion. Le soir, la température rectale monte à 38°,4.

Le lendemain, après une nuit très agitée, la température est le matin à 39°,4 avec pouls rapide mais régulier et bien frappé, légère congestion des bases.

La langue est sèche; l'incontinence d'urine et la constipation persistent.

Le malade est dans un demi-coma avec hypoesthésie générale. Des convulsions se montrent dans le membre supérieur droit.

La température monte encore (39°,9 à midi), l'état comateux s'accroît et le malade meurt à six heures et demie du soir.

Autopsie. — L'autopsie, pratiquée le lendemain, donne lieu aux constatations qui suivent :

A l'ouverture du crâne, issue d'un liquide céphalo-rachidien légèrement opalescent et d'abondance moyenne.

Le cerveau, d'une consistance assez ferme, ne présente pas d'œdème, les vaisseaux de la pie-mère sont dilatés et gorgés de sang. La surface des hémisphères présente une légère coloration rougeâtre diffuse ; on y distingue en outre de petites plaques gris blanchâtre siégeant l'une au niveau des circonvolutions frontales droites, formant une traînée de quelques centimètres occupant le sillon séparant F¹ de F² ; une autre plaque siège au pied de la circonvolution de Broca, au niveau de l'opercule rolandique et de la frontale ascendante ; la surface de ces plaques est légèrement granuleuse.

A la base du cerveau, sauf au niveau du chiasma, on ne trouve aucune lésion méningée.

M. le professeur agrégé R. Cestan, à la compétence spéciale duquel nous avons fait appel, a bien voulu nous donner sur les lésions encéphaliques les notes qui suivent :

L'artère basilaire est complètement oblitérée dans tout son trajet, ainsi que l'extrémité des vertébrales.

Il existe un foyer de ramollissement protubérantiel ancien se traduisant par l'existence d'une cavité de la dimension d'un pois, situé exactement sur le trajet du faisceau pyramidal et limité à l'étendue de ce dernier.

L'artère sylvienne gauche est complètement oblitérée à partir de son origine,

Lésions de méningite granuleuse à très fines granulations blanchâtres à la surface de la pie-mère et abondant précisément dans la région de la sylvienne. Le microscope relève des lésions de méningite lymphocytaire non adhésive avec amas périvasculaires surtout périveineux.

En outre, dans le fragment d'écorce cérébrale examiné (région de la sylvienne) il existe de petits foyers microscopiques de ramollissement.

Les poumons congestionnés avec quelques tubercules sous-pleuraux et de nombreux noyaux disséminés de bronchopneumonie tuberculeuse. Pas d'épanchement, pas d'adhérences pleurales.

Intestin, péritoine normaux.

Foie gros sans lésion apparente.

Reins gros et congestionnés.

Examen histologique des lésions artérielles.

L'examen a porté exclusivement sur le tronc basilaire, lequel offrait sur toute son étendue l'aspect d'un cordon blanchâtre régulièrement cylindrique, sans dilatations ni bosselures ni taches superficielles, dur et donnant au toucher la sensation d'un cordon plein.

Un fragment traité par la méthode de Levaditi ne nous a pas permis d'y découvrir le tréponème. Le reste du vaisseau a été fixé par le mélange alcool-formol acétique de Morel et Dalous, et inclus dans la paraffine. Des coupes ont été prélevées à différentes hauteurs et traitées de diverses façons.

Topographie des lésions. — Sur toutes les préparations on voit, d'abord que le vaisseau est demeuré perméable ; quel que soit le niveau où ait porté

la section, on ne trouve nulle part d'oblitération totale, de caillot organisé, c'est à peine si par endroits on trouve quelques globules rouges peu déformés et très reconnaissables.

Le vaisseau apparaît comme un conduit à parois extrêmement épaissies possédant une lumière très étroite ; la forme seule de cette cavité et sa situation par rapport à l'axe varient suivant le point envisagé : cylindrique et centrale à une extrémité, elle s'ovalise et s'aplatit vers l'extrémité opposée en même temps que sa situation se désaxe et devient de plus en plus pariétale. Malgré ces modifications de forme et de siège, la surface de section de la lumière vasculaire demeure sensiblement constante et peut être évaluée approximativement au $\frac{1}{7}$ du diamètre total du vaisseau. Sur des coupes d'ensemble à l'hématéine Van Gieson on peut en second lieu se rendre compte que la tunique externe et la tunique interne participent toutes deux, quoique très inégalement, à l'épaississement des parois vasculaires.

Tunique interne. — C'est à l'épaississement de l'endartère qu'est due la diminution de calibre du vaisseau. Bordée extérieurement par l'élastique interne, limitant intérieurement la lumière vasculaire, la tunique interne se présente sous l'aspect d'un anneau très épais constitué par des cellules nombreuses séparées les unes des autres par une abondante substance intercellulaire d'apparence fibrillaire.

Les cellules qui la constituent sont volumineuses, la plupart de forme très irrégulière à protoplasma d'aspect filamenteux présentant des expansions allongées au nombre de 2, 3 ou plus anastomosées parfois avec les prolongements des cellules voisines. Ces cellules ont un noyau ovalaire ou allongé se colorant nettement par les teintures basiques.

A côté de ces cellules existent en assez grand nombre des éléments plus petits à corps cellulaire réduit et régulièrement arrondi, dont le noyau se colore en bleu azuré par le bleu polychrome et la glycerinathermischung (les noyaux des cellules précédentes dans les mêmes circonstances se teignant en bleu violet).

Ces différentes cellules ne sont point au contact les unes des autres, elles sont au contraire largement séparées par une substance intercellulaire d'aspect fibrillaire présentant la plupart des réactions du tissu conjonctif ; la fuchsine acide en particulier lui donne une teinte rose vif très nette. Au voisinage de la cavité vasculaire les cellules sont plus denses et plus serrées que dans le reste de la tunique interne, elles sont de plus à ce niveau fusiformes ou même arrondies : à l'extrême limite de la lumière l'endothélium manifeste des signes d'irritation, il est formé par un chapelet de cellules rondes gonflées et contiguës les unes aux autres.

Tunique moyenne. — A la limite externe de la couche précédente se dessine l'élastique interne. Remarquablement intacte, elle se présente sous l'aspect d'une épaisse ligne annulaire réfringente sinueuse ; nulle part elle ne présente de solution de continuité ; mais en quelques points elle offre des signes de clivage, elle devient feuilletée et se décompose en un nombre plus ou moins considérable de lamelles.

Ses réactions colorantes ne présentent pas de modification : le Van Gieson la colore en jaune vif, l'orcéine acide en rouge brun foncé, la fuchsine-résorcine de Weigert en violet noir intense. La même intégrité se retrouve dans

les productions élastiques disséminées dans les couches suivantes sous forme de fibres.

Immédiatement en dehors de l'élastique interne, existe une musculaire diversement modifiée : les éléments qui la constituent sont notablement écartés les uns des autres par l'interposition de fibres conjonctives onduleuses ; enfin en plusieurs endroits cette couche musculaire est complètement détruite par un processus que nous allons maintenant examiner.

Tunique externe. — L'adventice, ainsi du reste que les méninges bulbo-protubérantielles qui la recouvrent, est le siège d'une infiltration diffuse assez dense constituée presque totalement par des cellules rondes. Dans son épaisseur se voit la section de vasa vasorum à paroi très épaissie présentant des lésions d'artérite à tendance oblitérante.

En plusieurs endroits, existent entre l'adventice et l'élastique interne des foyers d'infiltration nodulaire. Ces infiltrats sont constitués par des amas de cellules rondes de petite dimension au sein desquelles on peut reconnaître des éléments plus volumineux plus ou moins rectangulaires, dont le cytoplasme est chargé de granulations basophiles.

En certains points, ces amas cellulaires ont subi un processus dégénératif, et le nodule qu'ils constituent n'est plus représenté que par des noyaux altérés ou fragmentés et des débris cellulaires.

Ces infiltrats cellulaires de l'adventice, véritables gommès microscopiques, siègent à la partie profonde de la tunique externe ; à leur niveau la tunique musculaire a été détruite et l'infiltrat est au contact intime de l'élastique interne inaltérée.

Malgré l'inefficacité du traitement spécifique sur l'évolution des derniers accidents cérébraux, il nous semble à peine utile d'insister sur la légitimité du diagnostic d'artérite syphilitique suffisamment prouvé par le siège et l'histologie des lésions artérielles.

Bien que Darier ait apporté une observation assez analogue d'artérite basilaire précoce (un mois et demi après l'infection) accompagnée de ramollissement protubérantiel, les cas de ce genre sont peu fréquents. Enfin, chez notre malade nous avons d'abord eu une poussée d'artérite oblitérante du côté de la basilaire et de la sylvienne, déterminant d'abord un foyer de ramollissement protubérantiel limité au faisceau pyramidal, dans lequel nous devons voir la cause de l'hémiplégie gauche avec contracture.

Ce n'est qu'un mois et demi plus tard, en dépit d'un traitement intensif, que surviennent l'aphasie et les phénomènes méningitiques ayant déterminé la mort. C'est à ce moment qu'ont dû se produire les petits foyers de ramollissement microscopique dans le territoire de la sylvienne, lesquels ont vraisemblablement déterminé l'aphasie. En même temps ont apparu les plaques de méningite corticale prédominant sur le trajet de la sylvienne.

A cette époque les lésions artérielles étaient déjà définitivement constituées, ce qui nous explique l'insuccès du traitement.

Il est à noter que l'existence des nodules tuberculeux disséminés dans les poumons aurait pu apporter quelques difficultés dans l'interprétation des lésions méningitiques; mais M. le D^r R. Cestan n'a pas hésité à reconnaître à celles-ci un caractère nettement syphilitique.

Élections.

Au cours de la séance ont été nommés :

Membres titulaires : MM. Barcat, Bernstein, Druelle, Duhot, Foulquier, Petges.

Membres correspondants : MM. Dodsworth, Gonzalès Uruena.

Prix Zambaco.

Aucun mémoire n'ayant été remis à M. le Secrétaire général à la date du 30 novembre, le Comité de direction a décidé de proroger d'un an le concours.

Par suite de cette décision, le prix Zambaco pourra être exceptionnellement décerné deux années de suite, c'est-à-dire au mois d'avril des années 1908 et 1909. Les mémoires devront être adressés à M. le Secrétaire général au plus tard : pour le premier concours, le 30 novembre 1907; pour le second, le 30 novembre 1908.

Le Secrétaire :

L. BRODIER.

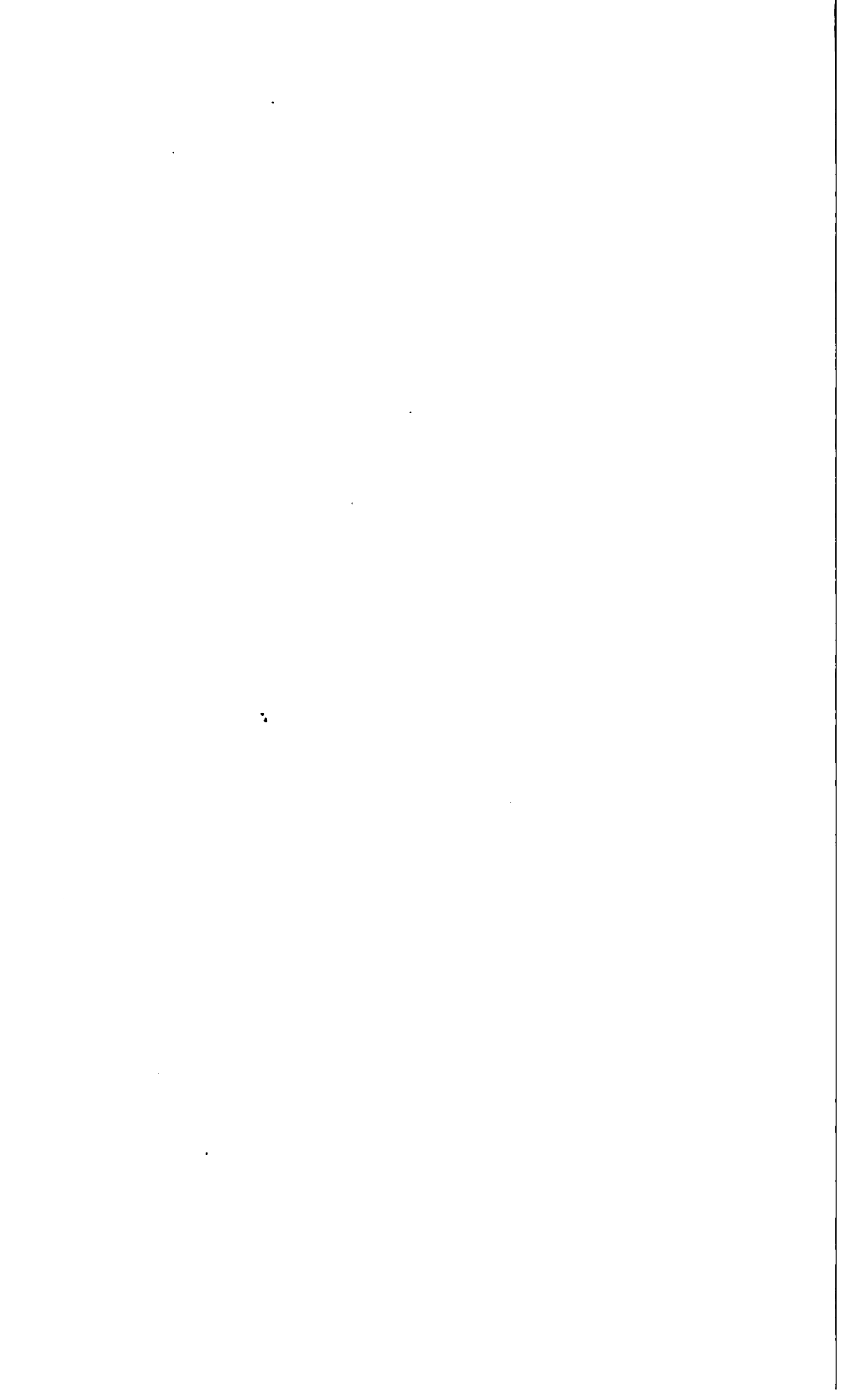


TABLE DES MATIÈRES

Acnéides. Sur un cas d'une nouvelle éruption acnéiforme de la face : acnéides hémisphériques agminées, par MM. HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY.....	329
Adénopathie néoplasique régionale provoquée par le traitement radiothé- rapique, par MM. GASTOU et DECROSSAS. (V. <i>Radiothérapie</i> .)	
Alopécie. Sur un cas d'— lépreuse, par MM. HALLOPEAU et GRANDCHAMP. (V. <i>Lèpre</i> .)	
Angiomes des lèvres , par M. MORESTIN.....	471
Antipyrine. (V. <i>Éruptions artificielles</i> .)	
Aplasia moniliforme des cheveux. Nouveaux cas, par MM. HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY.....	436
Argas. Accidents causés par la piqure de l'—, par MM. BALZER et POISOT..	344
Aspirine. (V. <i>Éruptions artificielles</i> .)	
Bismuth. (V. <i>Dermatol.</i>)	
Blennorrhagie. Psoriasis atypique au cours d'une infection blennorrha- gique, par MM. BALZER et DESHAYES. (V. <i>Psoriasis</i> .)	
— Épididymite blennorrhagique double avec suppuration, par MM. BALZER, FLEIG et TANSARD.....	248
— Épididymite blennorrhagique suppurée; funiculite phlegmoneuse avec vaste abcès du canal inguinal, par MM. AUDRY et BOYREAU.....	395
Calomel et huile grise au galacoloïd, par M. GRIFFON. (V. <i>Mercur.</i>)	
Cancer. (V. <i>Épithéliome</i> .)	
Chancres mous. Grands chancres mous gangreneux cruro-vulvaires ; association de la symbiose fusco-spirillaire de Vincent avec le bacille de Ducrey, par MM. BALZER et POISOT.....	341
— Chancrelle indurée avec déhiscence linéaire du ganglion suppuré corres- pondant, par M. DANLOS.....	357
— Folliculites chancrelleuses de la vulve, par MM. DANLOS et PATHAUT....	358
Chéloïdes des muqueuses, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.....	70
— d'origine bromopotassique; action de la fibrolysine, par MM. CONSTAN- TIN et BOYREAU.....	348
— Traitement des — par l'ablation suivie de la radiothérapie, par MM. DE BEURMANN, NOIRÉ et GOUGEROT.....	414
Comité de direction. Rapport sur la gestion du — et la situation morale de la Société, par M. DANLOS.....	275
Corne. Sur une — probable de la lèvre, par MM. HALLOPEAU et DONZÉ....	288
Cuir chevelu. Sur un état papillomateux du — (forme morbide nouvelle), par M. HALLOPEAU.....	373
— Deuxième note sur une nouvelle forme d'altération papillomateuse en arc du —, par M. HALLOPEAU.....	483
Dermatol. Un cas d'intoxication par le —, par M. A. RENAULT.....	32
— A propos de l'intoxication d'origine bismuthique chez le malade présenté par M. Alex. Renault, par M. LAFAY.....	290
Dermite. Sur une — végétante avec éléphantiasis, entée sur une asphyxie locale mutilante des extrémités, par MM. HALLOPEAU et GRANDCHAMP....	87
— Sur une pandermatite pénienne consécutive à des chancres indurés, par MM. HALLOPEAU et BOUDET.....	499

Eczéma. Traitement de l'— par un baume aux principes actifs en combinaison avec le camphre et en dissolution dans l'acétone, par M. GRIFFON.....	31
Élections.....	122, 312, 397, 521
Engelures gangreneuses héréditaires, par M. DUBASVILLE.....	34
Épithéliome. Les dangers et les contre-indications de la radiothérapie dans le traitement des épithéliomes de la peau, par M. LEROUX. (V. <i>Radiothérapie</i>.)	
— Indications et technique de la radiothérapie dans les épithéliomas cutané-muqueux, par M. GASTOU. (V. <i>Radiothérapie</i> .)	
— Radiothérapie et épithéliome, par M. DANLOS. (V. <i>Radiothérapie</i> .)	
— Indications et contre-indications de la radiothérapie dans le traitement de l'épithéliome cutané, par M. LEROUX. (V. <i>Radiothérapie</i> .)	
— Les rayons X dans le traitement des épithéliomas cutanés, par M. BISSAÏÉ. (V. <i>Radiothérapie</i> .)	
— A propos des indications de la radiothérapie dans le traitement de l'épithélioma cutané, par M. BALOT. (V. <i>Radiothérapie</i> .)	
— Considérations générales sur la radiothérapie des épithéliomes cutanés, par M. BÉCLÈRE. (V. <i>Radiothérapie</i> .)	
— Ulcus rodens chez une fillette de 3 ans, par M. AUDRY.....	238
— Épithélioma du pavillon de l'oreille propagé à la région parotidienne, par M. MORESTIN.....	299
— Épithélioma du dos de la main, par M. MORESTIN.....	297
— Cancer de la face interne de la joue, guéri sans récédive plus de trente mois après l'intervention, par M. MORESTIN.....	447
— Épithélioma du gland traité par la décortication du gland; présentation du malade guéri, quatre mois après l'intervention, par M. MORESTIN...	448
— Épithéliomas de la lèvre inférieure et de la face, par M. MORESTIN.....	462
— Épithélioma de la tempe adhérent au squelette. Extirpation, greffes dermo-épidermiques appliquées secondairement, par M. MORESTIN.....	463
— Épithélioma lobulé corné de la langue guéri depuis dix-huit mois après opération chirurgicale et radiothérapie consécutive, par M. PAUTRIER. (V. <i>Langue</i> .)	
— Xeroderma pigmentosum avec épithélioma de la face, par MM. BALZER et MERLE. (V. <i>Xeroderma</i> .)	
— Leucoplasie et épithéliomatose surtuberculeuses, par M. AUDRY. (V. <i>Leucoplasie</i> .)	
Érosions péri-anales à spirilles, par MM. DANLOS et DÉBÉTRAIN.....	151
Éruptions artificielles. Sur une dermatite exfoliative généralisée provoquée par un pansement local avec la solution d'acide picrique, par MM. HALLOPEAU et HERCK.....	189
— Sur l'apparition d'exanthèmes identiques après l'ingestion d'antipyrine, d'aspirine et de pyramidon, par M. HALLOPEAU.....	242
— Éruption iodique retardée, par M. MOTY.....	308
— Érythème iodique tartif, par M. MOTY.....	367
— Sur un cas d'iodisme végétant, par MM. HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY.....	320
— Accidents causés par la piqûre de l'Argas, par MM. BALZER et POISOT. (V. <i>Argas</i> .)	
— Éruption érythémateuse et papuleuse causée par la vanille, par MM. BROCCQ et FAGG.....	404
— Sur les dangers et la composition du topique dit « Prodermos », par MM. JACQUET et DESAS.....	485

Érythème. Sur un — induré de l'avant-bras et ses caractères particuliers, par MM. HALLOPEAU et ROY.....	20
— Érythème miliaire leucogénique prurigineux chronique, par M. MILIAN..	15
— Érythème polymorphe circiné purpurique, par MM. GAUCHER et BOISSEAU.	121
Favus atypique du cuir chevelu et favus des ongles, par M. DANLOS.....	120
Gangrène. Deux cas de — de la fesse consécutive à une injection mercu- rielle, par M. NIKOLSKI. (V. <i>Mercur.</i>)	
Goutte. Quelques altérations de la peau sous l'influence de la diathèse goutteuse, par M. POSPELOW	354
Hidradénomes éruptifs chez une malade atteinte de lupus érythémateux, par MM. HALLOPEAU et GASTOU.....	28
Huile grise et calomel au gaïacoloid, par M. GRIFFON. (V. <i>Mercur.</i>)	
Hyperhidrosis nigricans , par M. AUDRY.....	515
Iodisme. (V. <i>Éruptions artificielles.</i>)	
Kératodermie palmaire et plantaire familiale, par MM. BALZER et DES- HAYES.....	245
Langue. Deux cas de cancer étendu de la — sans récurrence une année après l'ablation chirurgicale, par M. MORESTIN.....	370
— Épithélioma lobulé corné de la langue guéri depuis dix-huit mois, après opération chirurgicale et radiothérapie consécutive, par M. PAUTRIER...	458
Lèpre. Essais de culture du bacille lépreux, par M. P. EMILE WEIL.....	170
— Sur un cas d'alopecie lépreuse, par MM. HALLOPEAU et GRANDCHAMP.....	234
— Guérison d'une alopecie lépreuse, par M. HALLOPEAU.....	319
— Sur le foyer lépreux des environs de Guingamp, par MM. HALLOPEAU et ROY.....	244
— Lèpre mixte (2 ^e mémoire); étude des ulcérations des lépreux, par MM. DE BEURMANN, ROUBINOVITCH et GOUGEROT.....	252
— Autopsie de lèpre mixte (3 ^e mémoire); lésions viscérales: foie, rate et testicules lépreux. La sclérose lépreuse, par MM. DE BEURMANN, ROUBINO- VITCH et GOUGEROT.....	264
— Nouvelle poussée de nodules érythémateux chez une lépreuse, par MM. HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY.....	378
Lettre de M. le Président.....	126
Leucoplasie et tuberculose vulvaire, par MM. DANLOS et PATHAUT. (V. <i>Tu- berculose.</i>)	
— Leucoplasie et épithéliomatose surtuberculeuses, par M. AUDRY.....	513
Lichen obtusus et vitiligo; examen histologique, par MM. DANLOS et GASTOU.....	13
— Lichen plan à localisation pileaire, simulant le pityriasis rubra de Devergie; étude histologique, par MM. DANLOS et GASTOU.....	14
— Lichen de Wilson tubéreux et vitiligoïde, variété nouvelle, par M. HAL- LOPEAU.....	18
— Tache ardoisée de la muqueuse buccale dans un cas de lichen de Wilson, par MM. DANLOS et DEHÉRAIN.....	151
— Sur un lichen de Wilson systématisé en bandes avec envahissements poplités secondaires en nappe, contagiosité possible, par MM. HALLO- PEAU et GRANDCHAMP.....	183
— Sur un nouveau cas de lichen de Wilson pemphigoïde, par MM. HALLO- PEAU et WEILL.....	236
— Lichen plan à grande extension de la peau et des muqueuses avec pous- sées multiples érythémateuses et œdémateuses, par MM. NICOLAS et FAVRE.....	384
Lichen scrofulosorum chez un adulte, par MM. BALZER et POISOT.....	442

Lichen scrofulosorum. Tuberculides papulo-nécrotiques transformées in situ en —, par MM. DARIER et BRISY. (V. <i>Tuberculides</i> .)	
Lupus érythémateux. Sur un cas d'hydradénomes éruptifs chez une malade atteinte de —, par MM. HALLOPEAU et GASTOU. (V. <i>Hydradénomes</i> .)	
— Radiothérapie du lupus érythémateux fixe de la face, par MM. GASTOU et DECROSSAS. (V. <i>Radiothérapie</i> .)	
Lupus tuberculeux. Sur deux cas de gommès lymphangitiques ascendantes chez des lupiques, par M. HALLOPEAU.....	314
— Deux cas de lupus de la face traités opératoirement, par M. MORESTIN..	323
— Lupus avec lymphangiectasies et lymphorrhagies, par MM. BALZER et POISSON.....	362
— Sur l'atténuation de la virulence du bacille de Koch chez les lupiques, par MM. HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY.....	376
Lymphadénome primitif ulcéré de la lèvre avec surinfection secondaire, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.....	91
— Lymphadénomes cutanés primitifs, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT..	161
Lymphoïde. (V. <i>Tumeurs</i> .)	
Maladie de Dercum. Sur une variété lipomateuse de la maladie de Dercum avec caractères particuliers, par MM. HALLOPEAU et BOUDET....	500
Maladie de Hallopeau (pyodermite végétante), par MM. GAUCHER et MALLOIREL.....	431
Maladie des vagabonds. (V. <i>Psittiriasé</i> .)	
Mercurie. — Deux cas de gangrène de la fesse consécutive à une injection mercurielle, par M. NIKOLSKI.....	42
— Calomel et huile grise au galacoloïd, par M. GRIFFON.....	6
— Nouveau mode de préparation du benzoate de mercure, par MM. DESMOULIÈRE et LAFAY.....	304
— Liséré mercuriel, par M. MILIAN.....	487
Mycosis fongioïde. Sur un — à forme ulcéreuse et serpiginieuse, par MM. GAUCHER et HALLOPEAU.....	380
— Suite et fin d'une observation d'érythrodermie pustuleuse prémycosique terminée par la mort avant l'apparition des tumeurs, par MM. AUDRY et COMBÉLÉMAN.....	238
Nævus systématisé acnéiforme du membre inférieur avec loci minoris resistentiæ, par MM. HALLOPEAU et ROY.....	113
— Sur une observation de nævi symétriques de la face, publiée par Rayer, par M. AUDRY.....	195
— Sur la production d'ulcérations profondes et étendues dans un nævus angiomateux, par MM. HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY.....	434
— Sur un cas de nævi systématisés lichénoides très nombreux, par MM. HALLOPEAU et BOUDET.....	480
— Traitement du nævus vasculaire par le radium, par MM. WICKHAM et DEGRAIS. (V. <i>Radium</i> .)	
Nécrologie	314, 353, 404
Ongles. Onychomycose, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.....	157
— Favus des ongles. (V. <i>Favus</i> .)	
Pelade. A propos de la contagion peladique, par M. JACQUET.....	6
— A propos de la soi-disant épidémie familiale de Briey, par M. JACQUET..	50
— Pelade par projectiles intracrâniens, par M. JACQUET.....	128
— Pelade et vitiligo, par MM. DANLOS et DEHÉRAIN.....	148
Pemphigus. Sur un cas de — chronique congénital et familial à forme d'ichtyose bulleuse, par MM. NICOLAS et FAVRE.....	363

Pemphigus. A propos de l'observation présentée par MM. Nicolas et Favre sous le titre « Pemphigus chronique congénital et familial à forme d'ichtyose bulleuse », par M. LENOËT.....	402
Phthiriasis. Quelques cas de — anormale, par M. BRAULT	37
— Un cas de maladie des vagabonds, par MM. LE PLAY et DÉHU.	60
Picrique. Dermatite exfoliative généralisée provoquée par un pansement local avec la solution d'acide —, par MM. HALLOPEAU et HERCK. (<i>V. Éruptions artificielles.</i>)	
Pityriasis rubra pilaire. Cas de — chez une femme, par M. BRAULT....	301
— Nature tuberculeuse du pityriasis rubra pilaire, par M. MILLAN.....	502
Prodermos. Sur les dangers et la composition du topique dit —, par MM. JACQUET et DEBAS. (<i>V. Éruptions artificielles.</i>)	
Prurigo. Forme spéciale de — d'origine vésanique (variété nouvelle), par MM. HALLOPEAU et ROY.....	30
Psoriasis atypique au cours d'une infection blennorrhagique, par MM. BALZER et DESHAYES.....	20
— Sur une arthropathie psoriasique aiguë blennorrhagiforme (variété nouvelle), par MM. HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY.....	376
— Localisations psoriasiques sur des syphilides, par MM. HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY.....	438
Pyodermite végétante. (<i>V. Maladie de Hallopeau.</i>)	
Pyramidon. (<i>V. Éruptions artificielles.</i>)	
Radiodermite. Notes complémentaires sur l'évolution de la — chronique, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.....	416
Radiothérapie. Nouvel appareil protecteur localisateur pour —, assurant la protection du médecin et du malade; nouveaux tissus protecteurs, par M. BELOT.....	72
— Sur une objection faite au porte-réactif du localisateur Belot, par M. BELOT.....	127
— Radiothérapie du lupus érythémateux fixe de la face, par MM. GASTOU et DECROSSAS.....	78
— Adénopathie néoplasique régionale provoquée par le traitement radiothérapique, par MM. GASTOU et DECROSSAS.....	136
— Les dangers et les contre-indications de la radiothérapie dans le traitement des épithéliomes de la peau, par M. LEREDDE.....	137
— Indications et contre-indications de la radiothérapie dans le traitement de l'épithélioma cutané, par M. LEREDDE.....	212
— Radiothérapie et épithélioma, par M. DANLOS.....	203
— Indications et technique de la radiothérapie dans les épithéliomas cutanéomuqueux, par M. GASTOU.....	197
— Les rayons X dans le traitement des épithéliomas cutanés, par M. BISSATRIÉ.....	216
— A propos des indications de la radiothérapie dans le traitement de l'épithélioma cutané, par M. BELOT.....	218
— Considérations générales sur la radiothérapie des épithéliomas cutanés, par M. BÉCLÈRE.....	222
— A propos des généralisations provoquées par la radiothérapie, par M. OUVIN.....	229
— Conditions qui influent sur l'efficacité de la radiothérapie dans les cancers de la peau, par M. DARIER.....	230
— Note sur l'histologie pathologique des tissus néoplasiques traités par les rayons X, par M. PAUTRIER.....	231
— Statistique radiothérapique, par MM. BALZER et FLEJO.....	233
— Radium et rayons X comparés, dans un cas d'épithéliomatose, par MM. WICKHAM et DEGRAIS. (<i>V. Radium.</i>)	

Radiothérapie. Quelques applications de la radiothérapie à la dermatologie, par M. BELOT.....	331
— Verrues planes juvéniles guéries par les rayons X, par M. DANLOS.....	360
— Traitement des chéloïdes par l'ablation suivie de la radiothérapie, par MM. DE BEURMANN, NOIRÉ et GOUGEROT. (V. <i>Chéloïde</i> .)	
— Notes complémentaires sur l'évolution de la radiodermite chronique, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT. (V. <i>Radiodermite</i> .)	
Radium et rayons X comparés , dans un cas d'épithéliomatose; utilisation thérapeutique de l'eau radifère et de l'eau radioactivée, par MM. WICKHAM et DEGRAIS.....	407
— Traitement du nævus vasculaire par le radium, par MM. WICKHAM et DEGRAIS.....	478
Rhinophyma opéré par l'abrasion modelante, par M. MORESTIN.....	465
Sarcome du sein chez une femme kabyle, par M. LEGRAIN.....	36
— Sarcome globo-cellulaire multiple hypodermique (type Perrin) chez un enfant de 6 mois, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.....	251
— Sarcome à myéloplaxes primitif de la peau, par M. MILLAN.....	456
Sclérémie de l'adulte avec pigmentation de la muqueuse buccale, par MM. AUDRY et BOYREAU.....	450
Syphilis. Chancre des paupières, par MM. DANLOS et DEHÉRAIN.....	149
— Chancre syphilitique du vestibule narinaire, par MM. GAUCHER et BOISSEAU.....	183
— Auto-inoculation de chancre syphilitique, par M. QUEYRAT.....	68, 172
— Récidive de chancre induré ou ulcération tardive avec induration chondroïde, par MM. HALLOPEAU et GRANDCHAMP.....	90
— Sur une pandermatite pénienne consécutive à des chancres indurés, par MM. HALLOPEAU et BOUDET. (V. <i>Dermite</i> .)	
— Syphilis ignorée, par M. MOTY.....	25
— La compression veineuse comme moyen diagnostique d'une roséole latente, par MM. J. HORAND et R. HORAND.....	452
— Sur un diagnostic tardif de syphilis facilité par un nouveau procédé d'investigation, par MM. HALLOPEAU et DONZÉ.....	281
— Syphilis psoriasiforme, par MM. DANLOS et DEHÉRAIN.....	148
— Localisations psoriasiques sur des syphilides, par MM. HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY. (V. <i>Psoriasis</i> .)	
— Contribution à l'étude des syphilides secondaires tardives, de l'érythème buccal secundo-tertiaire et de l'érythème tertiaire, par MM. BALZER et DESHAYES.....	117
— Sur un cas de proliférations locales prédominant chez un malade atteint de syphilides secondaires généralisées, par MM. HALLOPEAU et ROY....	187
— Sur un cas de syphilis fraterne avec prolifération secondaire au pourtour des accidents primitifs, par MM. HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY...	375
— Syphilides corymbiformes avec érythème péripapuleux, par MM. BALZER et POISOT.....	443
— Phlébite syphilitique iléo-crurale double, par M. AUDRY.....	347
— Cyanose douloureuse intermittente d'un gros orteil, d'origine syphilitique, par MM. AUDRY et BOYREAU.....	392
— Deux cas de paralysie faciale chez deux conjoints, au cours de la syphilis secondaire, par M. FRANÇOIS-DAINVILLE.....	155
— Syphilis cérébrale précoce; artérite du tronc basilaire et foyer de ramollissement protubérantiel; guérison. Artérite de la sylvienne, méningite, mort; autopsie, par M. CONSTANTIN.....	516
— Macules atrophiques syphilitiques, par MM. DANLOS et DEHÉRAIN.....	152

Syphilis. Contribution à l'étude des syphilides atrophiantes, par MM. BALZER et DESHAYES.....	152
— Action locale du traitement mercuriel sur les syphilides du visage, par MM. HALLOPEAU et GRANDCHAMP.....	243
— Sur le traitement local des syphilides, par M. HALLOPEAU.....	274
— Tertiarième précoce (chancre phagédénique et perforation du voile du palais), par M. CARLE.....	309
— Syphilides tertiaires avec éléphantiasis des organes génitaux et glossite hypertrophique, par MM. BALZER et DESHAYES.....	115
— Spina ventosa syphilitique, par MM. GAUCHER et SABATIE.....	71
— Sur la pathogénie du doublement d'une orchite syphilitique, par M. HALLOPEAU.....	289
— Perforations syphilitiques du palais, opérées avec succès, par M. MORESTIN.....	469
— Ulcération linguale chez une enfant de 11 ans; syphilis acquise datant de deux ans, par MM. GAUCHER et MALLOIZEL.....	296
— Syphilis en activité et tabes chez le même individu, par MM. DANLOS et DEROY.....	484
— Gommès syphilitiques (du muscle sterno-cléido-mastoidien (syphilis acquise), par MM. GAUCHER et MONIER-VINARD.....	433
— Gommès de la langue traitées par le lévurargyre, par MM. JULLIEN et STASSANO.....	190
Syphilis héréditaire. Perforati on gommeuse hérédo-syphilitique du voile du palais chez une jeune fille vierge, de 15 ans, par MM. GAUCHER et MALLOIZEL.....	296
Tabes. Syphilis en activité et — chez le même individu, par MM. DANLOS et DEROY. (V. <i>Syphilis</i> .)	
Trichophytie cutanée chez un toucheur de bœufs, par MM. BALZER et DESHAYES.....	247
— Herpès circiné trichophytique chez un enfant de 15 jours, par MM. DANLOS et DEHÉRAIN.....	271
— Sur un cas de trichophytie disséminée du tronc, par MM. HALLOPEAU et BOUDET.....	497
Tuberculides papulo-nécrotiques étendues, avec déformations digitales très accentuées, par M. J. BRAULT.....	40
— Tuberculides papulo-nécrotiques transformées in situ en lichen scrofulosorum, chez une fillette de 13 ans atteinte de tuberculose osseuse et ganglionnaire, par MM. DARIER et BRISY.....	510
Tuberculose serpigneuse des membres inférieurs, par MM. DANLOS et DEHÉRAIN.....	150
— Ulcération tuberculeuse de la vulve chez une fillette de 11 mois, par MM. AUDRY et COMBÉLÉAN.....	86
— Sur un cas de suppurations tuberculeuses multiples avec grains risiformes, par MM. HALLOPEAU et ROY.....	185
— Tuberculose vulvaire et leucoplasie, par MM. DANLOS et PATHAUT (note histologique par M. GASTOU).....	358
— Tuberculose cutanée; extirpation, greffe italienne, par M. MORESTIN.....	367
Tumeurs. Sur un cas de — lymphoïdes de la peau, par MM. HALLOPEAU et GASTOU.....	440
— Valeur comparative de l'examen clinique et de l'examen histologique dans le diagnostic des tumeurs ulcérées de la peau, par MM. HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY.....	495
Ulcère trophique rebelle du sein, par MM. LE PLAY et DÉHU.....	63

Ulcus rodens. (V. <i>Épithéliome</i> .)	
Vaccine du sein chez une nourrice, par MM. BALZER et POISOT.....	445
Vanille. Éruption érythémateuse et papuleuse causée par la —, par MM. BROcq et FAZE. (V. <i>Éruptions artificielles</i> .)	
Verrues planes juvéniles guéries par les rayons X, par M. DANLOS. (V. <i>Radiothérapie</i> .)	
Vitiligo. Lichen obtusus et —; examen histologique, par MM. DANLOS et GASTOU.....	13
— Pelade et vitiligo, par MM. DANLOS et DEHÉRAIN. (V. <i>Pelade</i> .)	
Xanthome. Sur un cas de — tubéreux et en tumeurs juvénile offrant les caractères du xanthome diabétique, par MM. HALLOPRAU et MACÉ DE LÉPINAY.....	283
Xeroderma pigmentosum. Syndrome rappelant le — au cours d'un épithélioma gastrique, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.....	250
— Xeroderma pigmentosum avec épithélioma de la face, par MM. BALZER et MERLE.....	489
— Cas probable de xeroderma pigmentosum fruste, par MM. HALLOPRAU et MACÉ DE LÉPINAY.....	494

TABLE PAR NOMS D'AUTEURS

- Audry, 86, 195, 238, 347, 392, 395, 450, 518, 515.
- Balzer, 22, 32, 59, 115, 117, 122, 149, 152, 195, 233, 245, 247, 248, 333, 341, 344, 362, 384, 442, 443, 445, 489, 509.
- Barthélemy, 3, 4, 24, 27, 68, 150, 181, 194.
- Baudouin, 133, 262.
- Béclère, 222, 230, 413, 430, 481.
- Belot, 72, 78, 85, 127, 218, 321, 338, 340, 412.
- Bourmann (De), 70, 112, 113, 157, 166, 250, 251, 252, 264, 323, 328, 337, 414, 416.
- Bissérié, 216.
- Boisseau, 121, 183.
- Boudet, 480, 497, 499, 500.
- Boyreau, 348, 392, 395, 450.
- Brault (J.), 37, 40, 301.
- Brissy, 410.
- Brocq, 15, 294, 295, 328, 333, 334, 337, 361, 362, 375, 384, 404, 406, 435, 479, 486.
- Carle, 309.
- Chompret, 294.
- Combéleran, 86, 238.
- Constantin, 348, 516.
- Créquy, 357.
- Danlos, 13, 14, 15, 63, 85, 113, 120, 122, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 203, 216, 243, 250, 271, 275, 317, 328, 335, 337, 357, 358, 360, 361, 412, 465, 479, 484, 485.
- Darier, 15, 18, 22, 63, 65, 69, 85, 90, 220, 287, 318, 358, 380, 431, 442, 497, 510.
- Debas, 485.
- Decrossas, 78, 136.
- Degrais, 407, 478.
- Déhérain, 148, 149, 150, 151, 152, 271.
- Déhu, 60, 63, 65, 66.
- Deroy, 484.
- Deshayes, 22, 115, 117, 152, 245, 247.
- Desmoulière, 304.
- Donzé, 281, 288.
- Dubreuilh, 34.
- Fage, 404.
- Favre, 384, 388.
- Fleig, 233, 248.
- Fournier (A.), 6, 22, 27, 63, 66, 70, 90, 112, 113, 126, 149, 150, 151, 173, 182, 183, 283, 293, 294, 295, 309, 317, 323, 337, 406, 435, 436, 447.
- Fournier (E.), 406.
- François-Dainville, 155.
- Gastou, 13, 14, 28, 78, 136, 197, 216, 359, 440.
- Gaucher, 3, 5, 48, 71, 121, 183, 296, 318, 328, 380, 430, 431, 433.
- Gougerot, 70, 91, 157, 161, 250, 251, 252, 254, 414, 416.
- Grandchamp, 87, 90, 183, 234, 243.
- Griffon, 6, 31, 250.
- Hallopeau, 11, 12, 18, 20, 22, 28, 30, 32, 55, 58, 62, 63, 87, 90, 113, 133, 134, 161, 183, 185, 187, 189, 234, 236, 242, 243, 244, 274, 281, 283, 287, 288, 289, 295, 314, 317, 319, 320, 323, 329, 333, 373, 375, 376, 378, 380, 384, 406, 412, 433, 434, 436, 438, 440, 458, 480, 483, 484, 494, 495, 497, 499, 500, 509.
- Herck, 189.
- Horand, 452.
- Jacquet, 6, 13, 50, 56, 58, 59, 126, 128, 133, 134, 148, 149, 485, 509.
- Jeanselme, 245, 379, 380.
- Jullien, 190.
- Lafay, 34, 290, 295, 304.
- Legrain, 36.
- Lenglet, 3, 66, 70, 295, 333, 357, 362, 402, 435.
- Le Play, 60, 63, 65, 66.
- Leredde, 84, 85, 113, 134, 137, 171, 212, 431.
- Lévy-Bing, 6, 294.
- Macé de Lépinay, 283, 320, 329, 375, 376, 378, 434, 436, 438, 434, 495.
- Malloizel, 296, 431.
- Merle, 489.

Milian, 15, 456, 487, 502, 509.	Renault (A.), 27, 32, 68, 90, 113, 112, 293, 322, 482, 484.
Monier-Vinard, 433.	Roubinovitch, 252, 264.
Morestin, 297, 299, 323, 367, 370, 384, 447, 448, 462, 463, 465, 469, 471.	Roy, 20, 30, 113, 135, 187, 244.
Moty, 25, 308, 322, 328, 367, 379.	Sabaté, 71.
Nicolas, 384, 388.	Sabouraud, 56, 58, 70, 78, 134, 148, 150, 161, 171, 216.
Nikolski, 42.	Sée, 338.
Noiré, 340, 361, 414.	Stassano, 190, 195.
Oudin, 229.	Tansard, 248.
Pathaut, 358.	Thibierge, 4.
Pautrier, 231, 362, 440, 458, 509, 510.	Verchère, 182.
Poisot, 311, 344, 362, 442, 443, 445.	Well (P. Émile), 170.
Pospelow, 354.	Weill, 236.
Queyrat, 66, 69, 70, 172, 173, 182, 183.	Wickham, 407, 413, 478, 479.

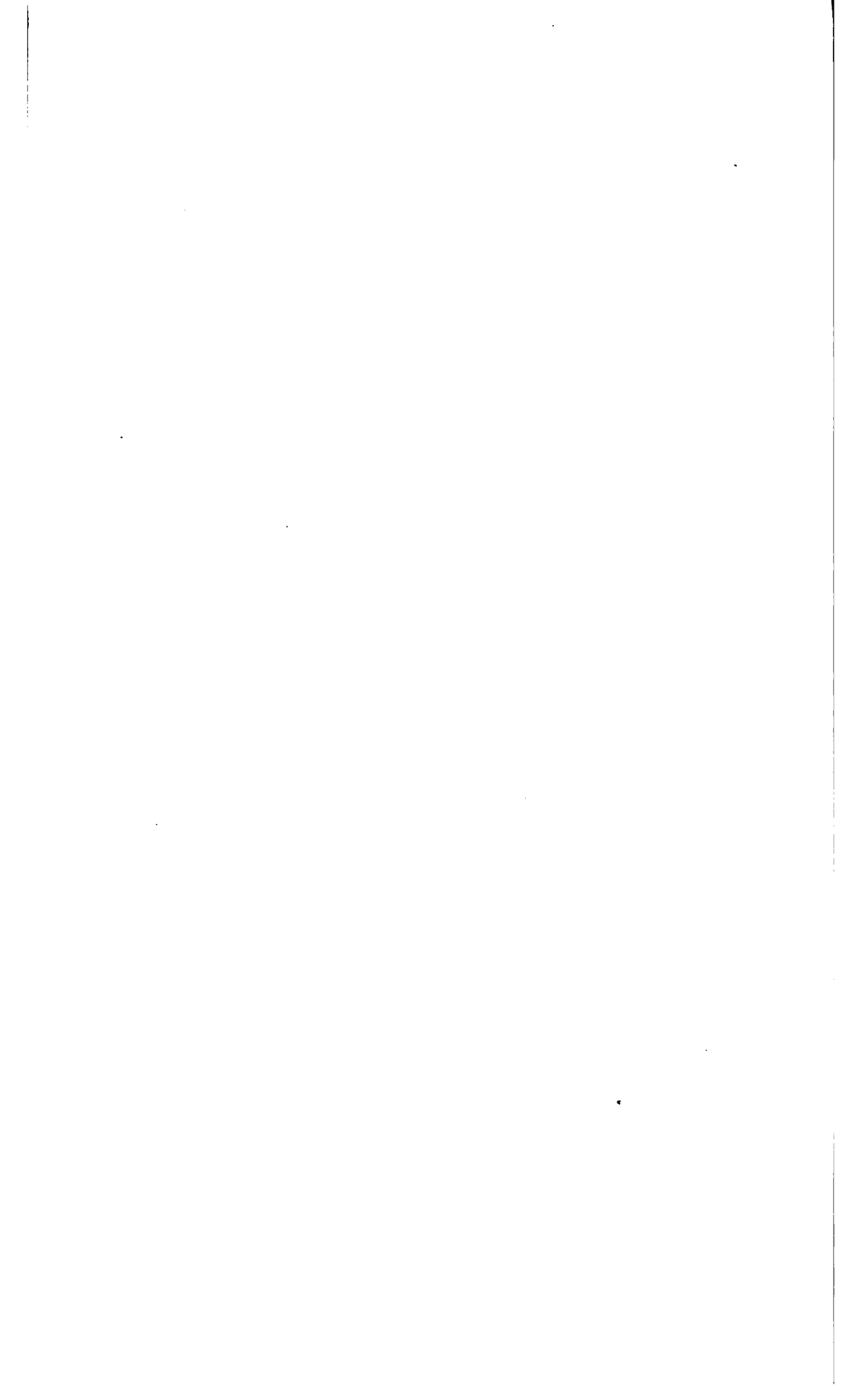
SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE
DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Fondée le 22 Juin 1889

Reconnue Établissement d'utilité publique le 12 Janvier 1898.

BULLETIN DES SÉANCES

18^e ANNÉE — 1907



BULLETIN

DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE

DE

DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

PUBLIÉ PAR MM. LES DOCTEURS

**E. BODIN, BRODIER, P. DÉHU, ÉTIENNE,
LENGLET, MILIAN**

SECRÉTAIRES DES SÉANCES

SOUS LA DIRECTION

DE

M. le Docteur DANLOS

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

18^e ANNÉE — 1907

PARIS

MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

—
1907

SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE
DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

DÉCRET

Portant déclaration d'utilité publique.

LE PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE,

Sur le rapport du Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts ;

Vu la demande formée par le président de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie, à l'effet d'être reconnue comme établissement d'utilité publique ;

Vu les statuts de ladite société ;

Vu la situation financière ;

Vu les avis du Préfet de la Seine en date du 6 septembre 1894 et du Recteur de l'Académie en date du 13 octobre 1894 ;

Ensemble les autres pièces à l'appui ;

La section de l'Intérieur, des Cultes, de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, du Conseil d'État entendue ;

DÉCRÈTE :

ART. I. — La Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie, fondée le 22 juin 1889, est reconnue comme établissement d'utilité publique.

ART. II. — Les statuts sont approuvés tels qu'ils sont annexés. Aucune modification ne pourra y être apportée sans l'autorisation du Gouvernement.

ART. III. — Le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 12 janvier 1895.

Signé : CASIMIR-PÉRIER.

Par le Président de la République :

Le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts,

Signé : G. LEYGUES.

STATUTS DE LA SOCIÉTÉ

ANNEXÉS AU DÉCRET DU 12 JANVIER 1895

TITRE PREMIER. — But et Siège de la Société.

ARTICLE PREMIER. — L'Association dite : **Société Française de Dermatologie et de Syphillographie**, fondée le 22 juin 1889, à Paris, a pour but de :

1° Répandre parmi les médecins la connaissance des maladies cutanées et syphilitiques ;

2° Mettre en lumière, au profit de la science, les matériaux, qui, jusqu'à présent, restaient en grande partie enfouis dans les hôpitaux spéciaux.

ART. 2. — Elle a son siège à Paris.

TITRE II. — Composition de la Société.

ART. 3. — La Société se compose :

- 1° De membres titulaires ;
- 2° De membres correspondants étrangers ;
- 3° De membres honoraires ;
- 4° De membres donateurs ;
- 5° De membres bienfaiteurs ;
- 6° De membres auxiliaires.

Pour être membre titulaire, il faut : 1° être présenté par deux membres au moins de la Société, être agréé par le Comité de direction et être élu au scrutin secret par les trois quarts au moins des suffrages exprimés ; 2° payer un droit d'admission de 10 francs et une cotisation annuelle dont le minimum est de 20 francs.

La cotisation peut être rachetée en versant une somme égale à vingt fois le montant de la cotisation annuelle.

Le Comité de direction peut conférer le titre de donateur ou de bienfaiteur aux membres qui ont versé une somme de 500 francs (1^{er} cas) au minimum, ou de 1,000 francs (2^e cas) au minimum.

TITRE III. — Comité de direction.

ART. 4. — Le Comité de direction se compose : du président, de trois vice-présidents, du secrétaire général, du trésorier et de cinq membres, soit au total de onze personnes élues directement, au scrutin secret, par l'Assemblée générale, pour une année au moins et pour cinq années au plus.

Les membres sortants sont rééligibles,

Le président, les trois vice-présidents, le secrétaire général et le trésorier constituent à la fois le Bureau du Comité de direction et le Bureau de l'Assemblée générale de la Société.

Au Bureau seront adjoints les anciens présidents et vice-présidents élus présidents d'honneur.

Le Comité se réunit autant que possible tous les deux mois, et chaque fois qu'il est convoqué par son président ou sur la demande du quart de ses membres.

La présence du tiers des membres du Comité de direction est nécessaire pour la validité des délibérations.

Il est tenu procès-verbal des séances.

Les procès-verbaux sont signés par le président et le secrétaire général.

ART. 5. — Les délibérations du Comité de direction relatives à l'acceptation des dons et legs, aux acquisitions et échanges d'immeubles, sont soumises à l'approbation du Gouvernement.

ART. 6. — Les délibérations du Comité de direction relatives aux aliénations d'immeubles ou des valeurs provenant du fonds de réserve, constitutions d'hypothèques, baux à long terme et emprunts ne sont valables qu'après l'approbation par l'Assemblée générale.

ART. 7. — Le trésorier représente la Société en justice et dans tous les actes de la vie civile.

Il agit avec l'autorisation du Comité de direction, sauf pour l'administration courante, et dans les cas d'urgence.

Il n'acquitte aucune dépense si elle n'a été préalablement autorisée par le Conseil et ordonnée par le secrétaire général.

ART. 8. — Toutes les fonctions de la Société sont gratuites.

TITRE IV. — Ressources de la Société.

ART. 9. — Les ressources annuelles de la Société se composent :

- 1° Du droit d'admission et des cotisations et souscriptions de ses membres;
- 2° Des subventions qui pourraient lui être accordées;
- 3° Du produit des ressources créées à titre exceptionnel, et, s'il y a lieu, avec l'autorisation du Gouvernement;
- 4° Enfin du revenu de ses biens et valeurs de toute nature.

ART. 10. — Le fonds de réserve comprend :

- 1° La dotation ;
- 2° Le dixième de l'excédent des ressources annuelles ;
- 3° Les sommes versées pour le rachat des cotisations ;
- 4° Le produit des libéralités autorisées sans emploi.

Le fonds de réserve est placé en rentes nominatives 3 p. 100 sur l'État ou en obligations nominatives de chemin de fer dont le minimum d'intérêt est garanti par l'État,

TITRE V. — Moyens d'action de la Société.

ART. 11. — Les moyens d'action de la Société sont :

- 1° Le *Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie* ;

- 2° Les publications et mémoires ;
 - 3° Les conférences et cours organisés par les soins de la Société, soit à Paris, soit en province ;
 - 4° Les expositions et musées spéciaux ;
 - 5° Les prix et récompenses décernés à la suite de concours.
- ART. 12. — La Société peut se diviser en différentes Commissions spéciales et annuelles.
- ART. 13. — Aucune publication ne peut être faite au nom de la Société sans l'examen préalable et l'approbation du Bureau.

TITRE VI. — Assemblée générale.

- ART. 14. — L'Assemblée générale des membres de la Société se réunit au moins une fois par an, sur convocations individuelles. Son ordre du jour est réglé par le Comité de direction.
- Elle entend les rapports sur la gestion du Comité de direction, et sur la situation financière et morale de la Société.
- Elle approuve les comptes de l'exercice clos, vote le budget de l'exercice suivant, et pourvoit au renouvellement des membres du Comité de direction.
- Elle délibère en outre sur toutes les questions qui doivent lui être soumises en vertu des présents statuts.
- Le rapport annuel et les comptes approuvés par l'Assemblée générale sont adressés à tous les membres de la Société, au préfet du département de la Seine et au ministre de l'Intérieur.

TITRE VII. — Dispositions spéciales.

- ART. 15. — La qualité de membre de la Société se perd :
- 1° Par la démission ;
 - 2° Par la radiation prononcée, pour motifs graves, par l'Assemblée générale spécialement convoquée à cet effet, votant au scrutin secret, à la majorité des deux tiers des membres présents, sur le rapport du Comité de direction, et après que le membre intéressé aura été dûment mis en demeure de fournir ses explications oralement ou par écrit.
- ART. 16. — Les présents statuts ne pourront être modifiés que sur la proposition du Comité de direction ou de vingt-cinq membres de la Société après qu'elle aura été soumise au Bureau au moins un mois avant la séance de l'Assemblée générale.
- L'Assemblée générale et extraordinaire, spécialement convoquée à cet effet, ne peut modifier les statuts qu'à la majorité des deux tiers des membres présents.
- L'Assemblée générale doit se composer du quart, au moins, des membres en exercice.
- La délibération de l'Assemblée générale est soumise à l'approbation du Gouvernement.
- ART. 17. — L'Assemblée générale appelée à se prononcer sur la dissolution de la Société et convoquée spécialement à cet effet, doit comprendre, au moins, la moitié plus un des membres en exercice. Ses résolutions sont prises à la majorité des deux tiers des membres présents et soumises à l'approbation du Gouvernement.

ART. 18. — En cas de dissolution, prévu par l'article précédent, l'Assemblée générale, délibérant dans les conditions prévues par cet article, attribue l'actif de la Société à un ou plusieurs établissements analogues, publics ou reconnus d'utilité publique.

Toutefois, si le nombre des membres prévu par l'article précédent n'est pas atteint, il sera statué, après une seconde convocation, quel que soit le nombre des présents.

L'Assemblée générale désignera un ou plusieurs commissaires chargés de la liquidation des biens de l'Association.

Ces délibérations sont soumises à l'approbation du Gouvernement.

ART. 19. — Il sera procédé de même au cas de retrait de la reconnaissance de l'Association comme établissement d'utilité publique. Dans le cas où l'Assemblée générale se refuserait, soit à délibérer sur l'attribution de l'actif, soit à nommer le commissaire-liquidateur prévu à l'article précédent, il y serait pourvu par un décret rendu dans la forme des règlements d'administration publique.

Les détenteurs de fonds, livres et archives appartenant à l'Association s'en dessaisissent valablement entre les mains du commissaire-liquidateur désigné par ledit décret.

ART. 20. — Un règlement intérieur, adopté par l'Assemblée générale, et approuvé par le ministre de l'Intérieur après avis du ministre de l'Instruction publique, arrête les conditions de détail propres à assurer l'exécution des présents statuts.

Il peut toujours être modifié dans la même forme.

RÈGLEMENT

TITRE PREMIER. — But et composition de la Société.

ARTICLE PREMIER. — La Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie est une société exclusivement scientifique.

ART. 2. — En principe, elle exige de ses membres le diplôme de Docteur en médecine, ou, quand ils sont étrangers, un titre similaire.

ART. 3. — Exceptionnellement, elle peut admettre dans son sein des savants qui, sans titre médical officiel, se sont créés une notoriété spéciale par leurs travaux scientifiques ; elle les nomme membres auxiliaires.

ART. 4. — Les membres correspondants étrangers sont présentés par le Comité de direction, et nommés par l'Assemblée générale de la Société ; leur élection n'a lieu que s'ils réunissent les trois quarts des suffrages exprimés.

ART. 5. — La Société peut conférer le titre de membre honoraire de la Société.

Les anciens présidents et vice-présidents peuvent être élus présidents d'honneur, auquel cas ils font partie du Bureau et du Comité de direction, à perpétuité et sans nouvelle élection.

TITRE II. — Composition et fonctions du Bureau.

ART. 6. — Le Bureau comprend un président, trois vice-présidents, un secrétaire général, un trésorier, un bibliothécaire-archiviste et six secrétaires des séances ; il peut comprendre également un ou plusieurs présidents honoraires : l'un des vice-présidents et deux des secrétaires des séances doivent être nécessairement choisis parmi les membres titulaires résidant dans les départements.

ART. 7. — Le président, les vice-présidents, les cinq membres du Comité et les secrétaires annuels sont nommés pour un an.

Le secrétaire général, le trésorier et l'archiviste-bibliothécaire sont nommés pour trois ans.

Ils peuvent être temporairement remplacés par l'un des secrétaires des séances.

ART. 8. — Le président, ou, en son absence, l'un des vice-présidents, dirige les séances.

Les présidents honoraires peuvent également diriger les séances.

Le secrétaire général prépare l'ordre du jour de chaque réunion, annonce les pièces de la correspondance, rédige et signe tous les actes de la Société ; il dirige l'impression des comptes rendus.

L'archiviste-bibliothécaire garde les procès-verbaux des séances, ainsi que les livres, mémoires, correspondances, images, analyses, pièces et instruments offerts à la Société ; il les classe et en dresse chaque année un catalogue.

Les secrétaires des séances sont chargés de la rédaction et de la lecture des procès-verbaux ; ils font les comptes rendus des séances, en rédigent les bulletins et les font imprimer, sous la direction du secrétaire général.

Le trésorier fait toutes les écritures relatives à la comptabilité de la Société ; il encaisse toutes les recettes, il signe les bordereaux et les solde.

Chaque année, il rend ses comptes au Comité de direction, qui délègue spécialement un de ses membres pour les vérifier.

Les comptes du trésorier doivent être arrêtés au 31 décembre de l'année précédente.

Ils doivent être soumis en février ou mars au Comité de direction.

L'Assemblée statutaire ne se prononce sur les comptes du trésorier qu'après avoir entendu le rapport du Comité de direction.

TITRE III. — Fonctions du Comité de direction.

ART. 9. — Toutes les affaires concernant la Société sont confiées au Comité de direction.

Le Comité est plus particulièrement chargé :

- 1° De la publication des travaux ;
- 2° De la gestion financière ;
- 3° De tout ce qui peut intéresser la dignité de la Société.

TITRE IV. — Des séances.

ART. 10. — La Société se réunit à Paris, au Musée de l'hôpital Saint-Louis, de 9 à 11 heures du matin, le premier jeudi de chaque mois, sauf les jours fériés et au mois d'avril, où la réunion de la Société se tient en assemblée générale, le lundi de Quasimodo.

Les vacances de la Société ont lieu pendant les mois d'août, de septembre et d'octobre.

Des séances supplémentaires peuvent être demandées et votées par la Société.

Une session supplémentaire peut avoir lieu en province.

ART. 11. — Toute communication d'une personne étrangère à la Société ne pourra être lue en séance qu'après autorisation du Comité de direction.

Toutefois le Bureau pourra autoriser une présentation de malade ou de pièce.

ART. 12. — Les travaux des séances ont lieu dans l'ordre suivant :

- 1° Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente ;
- 2° Correspondance ;
- 3° Présentations de malades ;
- 4° Communications originales et présentations de pièces.

La Société peut, sur l'avis du Bureau, intervertir cet ordre.

TITRE V. — Recettes.

ART. 13. — La cotisation annuelle de 20 francs est payable d'avance, c'est-à-dire dès le premier jour de la nouvelle année.

Le recouvrement en est assuré par le trésorier.

ART. 14. — Au cas où la cotisation est rachetée par le versement d'une somme de 400 francs, égale à vingt fois son montant, le versement peut être effectué en quatre annuités consécutives de 100 francs chacune.

ART. 15. — Tout membre qui a laissé s'écouler une année entière sans verser le montant des droits fixés par les statuts est considéré comme ne faisant plus partie de la Société ; il doit préalablement avoir reçu deux avertissements officiels.

TITRE VI. — Publications.

ART. 16. — Chaque année, le nombre de feuilles publiées gratuitement dans le Bulletin sera limité à 30. Si ce chiffre est dépassé, l'excédent des dépenses d'impression sera réparti proportionnellement entre ceux des membres qui auront franchi la moyenne établie par le Comité de direction, d'après l'étendue des communications faites dans l'année.

ART. 17. — Les membres titulaires seuls ont droit à la publication de leurs travaux.

ART. 18. — Les communications des membres correspondants pourront, après avis du Comité de direction, être publiées, à la condition qu'ils en payent les frais.

TITRE VII. — Modifications au règlement.

ART. 19. — Toute proposition de modification à apporter dans le règlement devra être présentée par dix membres titulaires et soumise au Comité de direction, qui l'approuvera ou la combattrà au sein de la Société.

PRIX ZAMBACO

Le docteur Zambaco-Pacha, de Constantinople, a versé à titre de membre bienfaiteur, à la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie, une somme de quinze mille francs. La Société consacre le revenu de cette somme à la fondation d'un prix qui porte le nom de Prix Zambaco.

RÈGLEMENT

ARTICLE PREMIER. — Le prix Zambaco sera décerné, tous les deux ans, par la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie, à l'auteur du meilleur travail présenté au concours sur la dermatologie, la syphiligraphie ou la vénéréologie.

ART. 2. — La valeur du prix sera de huit cents francs.

ART. 3. — Le prix Zambaco sera décerné dans la séance générale annuelle de la Société.

ART. 4. — Seront admis à concourir les auteurs français et les auteurs étrangers.

ART. 5. — Les travaux envoyés au concours doivent être inédits et rédigés en langue française. Les noms des auteurs ne devant être connus qu'après la désignation, par le jury d'examen, du travail couronné, les mémoires ne doivent pas être écrits de la main de l'auteur, mais doivent avoir été transcrits, copiés, écrits à la machine, ou imprimés. Ils porteront une épigraphe apparente, répétée sur une enveloppe cachetée qui contiendra le nom de l'auteur; la suscription de cette enveloppe devra, également, ne pas être de la main de l'auteur. Les mémoires seront adressés francs de port, sous pli recommandé, au Secrétaire général de la Société dont le nom et l'adresse seront indiqués pour chaque programme du prix.

ART. 6. — Les travaux envoyés au concours devront être déposés avant le 30 novembre de l'année qui précède celle où le prix devra être décerné.

ART. 7. — Les mémoires déposés deviennent la propriété de la Société; il en pourra être pris copie par les auteurs dans des conditions déterminées.

ART. 8. — La Société décidera, pour chaque prix, s'il y a lieu de mettre au concours un sujet déterminé ou si le sujet est laissé libre et au choix de chaque concurrent.

Si la Société désigne le sujet du prix, la commission chargée de cette désignation sera composée de cinq membres tirés au sort dans le sein du Comité de direction.

ART. 9. — La Commission chargée du jugement des travaux envoyés pour le concours sera nommée dans la séance de la Société qui suivra l'expiration du délai de dépôt des mémoires.

Elle sera composée de cinq membres désignés par la Société sur une liste de dix noms proposés par le Bureau.

ART. 10. — Réglementairement, les membres du Comité de direction s'abstiennent de prendre part au concours.

ART. 11. — Le prix ne peut être divisé.

S'il n'est pas décerné, ou s'il n'est donné qu'une partie de la somme qu'il représente, à titre d'encouragements, le reliquat pourra être reporté sur le prix suivant, ou être utilisé de la manière que la Société jugera la meilleure, par exemple, être capitalisé dans le but d'augmenter le fonds.

ART. 12. — Ce règlement peut être révisé par la Société sur une demande signée par dix de ses membres.

AVIS

Aucun mémoire n'ayant été remis à M. le Secrétaire général à la date du 30 novembre 1906, le Comité de direction a décidé de proroger d'un an le concours.

Par suite de cette décision, le prix Zambaco pourra être exceptionnellement décerné deux années de suite, c'est-à-dire au mois d'avril des années 1908 et 1909. Les mémoires devront être adressés à M. le Secrétaire général, au plus tard : pour le premier concours, le 30 novembre 1907 ; pour le second, le 30 novembre 1908.

ANNÉE 1907

COMPOSITION DU BUREAU

<i>Présidents d'honneur</i>	} MM. ERNEST BESNIER (de Paris). DOYON (de Lyon).
<i>Président</i>	M. ALFRED FOURNIER (de Paris).
<i>Vice-présidents</i>	} MM. BROCO (de Paris). HALLOPEAU (de Paris). CHARNEIL (de Lille).
<i>Secrétaire général</i>	M. DANLOS (de Paris).
<i>Trésorier</i>	M. G. THIBIERGE (de Paris).
<i>Secrétaires des séances</i>	} MM. BODIN (de Rennes). BRODIER (de Paris). DÉHU (de Paris). ÉTIENNE (de Nancy). LENGLET (de Paris). MILIAN (de Paris).
<i>Archiviste-Bibliothécaire</i>	M. WICKHAM.

COMITÉ DE DIRECTION ⁽¹⁾

MM. DARIER.	MM. E. GAUCHER.
DE BEURMANN.	HUDELO.
X.	

Conseil judiciaire

M. DELIGAND.

(1) Les Présidents d'honneur, le Président, les Vice-présidents, le Secrétaire général et le Trésorier font, de droit, partie du Comité de direction.

MEMBRE BIENFAITEUR

M. LE DOCTEUR **Zambaco-Pacha**.

MEMBRES TITULAIRES ⁽¹⁾

MM. LES DOCTEURS :

Abadie, ancien interne des hôpitaux de Paris, 49, boulevard Hausmann, Paris.

Apert, médecin des hôpitaux, 14, rue de Marignan, Paris.

Archambault (Paul), 20, rue de l'Hospitalité, Tours.

Arnozan, professeur de thérapeutique à la Faculté, médecin des hôpitaux, 27 bis, pavé des Chartrons, Bordeaux.

Aubert, médecin de l'Antiquaille, 32, rue Victor-Hugo, Lyon.

Audouard, ancien interne des hôpitaux de Paris, 6, rue Mairan, Béziers.

Audrain, 26, rue Jean-Romain, Caen.

Audry (Ch.), professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique à la Faculté de médecine, 7, rue de la Concorde, Toulouse.

Augagneur, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Lyon.

Ayrignac, 22, rue de Maubeuge, Paris.

* **Balzer**, médecin de l'hôpital St-Louis, 8, rue de l'Arcade, Paris.

Bar, agrégé à la Faculté, accoucheur de l'hôpital St-Antoine, 122, rue La Boétie, Paris.

Barcat, 103, rue La Boétie, Paris.

Barrié, ancien interne de l'hôpital St-Louis, Bagnères-de-Luchon.

Bastian, ancien médecin de la Marine, médecin à Saint-Gervais-les-Bains (H^{te}-Savoie).

Baudouin, ancien interne, ancien assistant de consultation à l'hôpital St-Louis, 21, rue du Mont-Thabor, Paris.

Béclère, médecin de l'hôpital St-Antoine, 122, rue La Boétie, Paris.

Belot, 36, rue de Bellechasse, Paris.

Bénard, 9, rue Royer-Collard, et Saint-Christau (Basses-Pyrénées).

Bernard (Jean), médecin-adjoint de l'hôpital, Amiens.

Bernard (Eugène), 2, rue de l'Abreuvoir, Alger.

Bernstein, 7, Pouselkinskaja, Odessa (Russie).

* **Besnier (Ernest)**, médecin honoraire de l'hôpital St-Louis, membre de l'Académie de médecine, 59, boulevard Malesherbes, Paris.

* **Beurmann (de)**, médecin de l'hôpital St-Louis, 40 bis, faubourg Poissonnière, Paris.

(1) Les noms qui sont précédés d'un astérisque sont ceux des membres fondateurs.

- MM. Beurnier**, chirurgien des hôpitaux, 12, rue de Bourgogne, Paris.
Bisserié, 13, rue Montaigne, Paris.
Bizard, médecin-adjoint du dispensaire de salubrité, 29, rue de Maubeuge, Paris.
Bodin, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur à l'École de médecine, 6, rue Lafayette, Rennes.
Bonnet, 13, place Masséna, Nice.
Brault, professeur de clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées à l'École de médecine d'Alger.
Brocq, médecin de l'hôpital St-Louis, 63, rue d'Anjou, Paris.
Brodier (Léon), ancien chef de clinique à la Faculté, assistant de consultation à l'hôpital St-Louis, 52, rue de Moscou, Paris.
Bruchet, ancien chef de clinique à l'hôpital St-Louis, 9, rue du Caire, Paris.
Bureau, ancien interne des hôpitaux, médecin suppléant des hôpitaux, 5, rue Voltaire, Nantes.
Burlureaux, professeur agrégé au Val-de-Grâce, 72, rue de Lille, Paris.
Carle, ancien chef de clinique, chef de laboratoire de la clinique dermatologique, 11, rue Émile-Zola, Lyon.
Cartier, médecin principal de la Marine, 25, rue Lauriston, Toulon.
Cayla, ancien interne des hôpitaux de Paris, 31, avenue de Neuilly, Neuilly-sur-Seine.
Charmell, professeur de clinique dermatologique à la Faculté de médecine de Lille, 134, boulevard de la Liberté, Lille.
Chatin, 63, rue du Cardinal-Lemoine, Paris, et Uriage (Isère).
Chompret, 182, rue de Rivoli, Paris.
Combes, 87, boulevard Haussmann, Paris.
Constantin, chef de clinique, 13, rue Alsace-Lorraine, Toulouse.
Couillaud, chirurgien de l'hôpital Lavignerie, Biskra (Algérie).
Coyon, ancien interne des hôpitaux, 20, rue de l'Arcade, Paris.
Créquy, ancien interne des hôpitaux, 99, boulevard Magenta, Paris.
Dalous, Toulouse.
Danlos, médecin de l'hôpital St-Louis, 87, rue d'Amsterdam, Paris.
Darbois, 73, boulevard St-Michel, Paris.
Darier, médecin de l'hôpital Broca-Pascal, 77, boulevard Malesherbes, Paris.
Déhu, 59 bis, rue Jouffroy, Paris.
Degrais, 46, rue Paradis, Paris.
Doyon, associé de l'Académie de médecine, médecin inspecteur à Uriage (Isère), et 27, rue de Jarente, Lyon.
Druelle (Maurice), ancien interne de St-Lazare, 55, rue de Clichy, Paris.
Dubois-Havenith, professeur agrégé à la Faculté de médecine, 19, rue du Gouvernement-Provisoire, Bruxelles.
Dubreuilh (W.), professeur à la Faculté, médecin des hôpitaux, 27, rue Ferrère, Bordeaux.
Duguet, membre de l'Académie de médecine, agrégé à la Faculté, médecin honoraire de l'hôpital Lariboisière, 60, rue de Londres, Paris.
Duhot (Robert), 33, rue Duquesnoy, Bruxelles.

MM. Dumont, St-Vaury (Creuse).

Eck, 58, boulevard Magenta, Paris.

Ehlers, professeur à l'Université, 6, Laxegade, Copenhague.

Emery, ancien chef de clinique à l'hôpital St-Louis, 4, rue de Rome, Paris.

Eraud, ancien chef de clinique à la Faculté, 24, rue Victor-Hugo, Lyon.

Étienne, agrégé à la Faculté, 17, place de la Carrière, Nancy.

Eudlitz, 54 bis, rue de Clichy, Paris.

Fabre, membre correspondant de l'Académie de médecine, Commeny (Allier).

Ferras, ancien interne des hôpitaux de Paris, Luchon (H^{te}-Garonne).

Ferras (Jean), Luchon (H^{te}-Garonne).

Ferreyrolles, la Bourboule (Puy-de-Dôme).

Foulquier, 4, rue Ampère, Oran (Algérie).

Fouquet (Charles), ancien interne de l'hôpital St-Louis, 52, rue de Clichy, Paris.

* **Fournier (Alfred)**, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Paris, médecin honoraire de l'hôpital St-Louis, membre de l'Académie de médecine, 77, rue de Miromesnil, Paris.

Fournier (Edmond), ancien chef de clinique à l'hôpital St-Louis, assistant de consultation à l'hôpital St-Louis, 77, rue de Miromesnil, Paris.

Fournier (Henri), 11, rue de Lisbonne, Paris.

François-Dainville (Ernest), ancien interne des hôpitaux, 21, rue de St-Pétersbourg, Paris.

Frêche, chef de clinique dermatologique, 42, cours Tourny, Bordeaux.

Frédet, ancien interne des hôpitaux, professeur honoraire à l'École de médecine de Clermont-Ferrand, Royat (Puy-de-Dôme).

Galazowski, 103, boulevard Haussmann, Paris.

Galippe, 12, place Vendôme, Paris.

Gastou, ancien chef de clinique, ancien assistant de consultation à l'hôpital St-Louis, chef de laboratoire à la Faculté, 47, rue de Rome, Paris.

* **Gaucher (Ernest)**, professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté, médecin de l'hôpital St-Louis, 1, square Moncey, Paris.

Gilbert, professeur à la Faculté, médecin de l'hôpital Broussais, membre de l'Académie de médecine, 27, rue de Rome, Paris.

Glénard, membre correspondant de l'Académie de médecine et de la Société de chirurgie de Paris, 99, boulevard Haussmann, Paris.

Griffon, médecin des hôpitaux, 20, rue Joubert, Paris.

Groll, 9, place Grenette, Grenoble.

Guéridaud, Clamart (Seine), et St-Gervais-les-Bains (H^{te}-Savoie).

Guinard, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, 20, rue Godot-de-Mauroi, Paris.

Hallé, 100, rue du Bac, Paris.

* **Hallopeau**, agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital St-Louis, membre de l'Académie de médecine, 91, boulevard Malesherbes, Paris.

Haushalter, agrégé à la Faculté de médecine, 4, rue de Rigny, Nancy.

* **Hermet**, 121, boulevard Haussmann, Paris.

Heulz, la Bourboule (Puy-de-Dôme), et 6, rue de la Bienfaisance, Paris.

Horand, chirurgien de l'Antiquaille, 99, rue de l'Hôtel-de-Ville, Lyon.

- MM. Hudelo**, médecin des hôpitaux, 8, rue d'Alger, Paris.
- Hutinel**, professeur à la Faculté, médecin de l'hospice des Enfants-Assistés, membre de l'Académie de médecine, 7, rue Bayard, Paris.
- Jacquet**, médecin de l'hôpital St-Antoine, 52, rue du Général-Foy, Paris.
- Jeanselme**, médecin de l'hôpital Tenon, 92, rue Miromesnil, Paris.
- Jourdanet**, Uriage (Isère), et 9, rue Victor-Considérant, Paris.
- Jullien**, agrégé à la Faculté de médecine de Nancy, chirurgien de St-Lazare, 12, rue de la Chaussée-d'Antin, Paris.
- Lacapère**, ancien chef de clinique, 4, rue Volrey, Paris.
- Lafay**, 34, rue de la Chaussée-d'Antin, Paris.
- Laffite (J.)**, ancien interne des hôpitaux, 42, rue d'Amsterdam, Paris.
- Langenhagen (de)**, ancien interne des hôpitaux, Luxeuil (H^{te}-Saône).
- Lapersonne (de)**, professeur à la Faculté de médecine, 80, boulevard Malesherbes, Paris.
- Lasserre**, Toulouse.
- Laussedat**, Royat (Puy-de-Dôme).
- Lavarenne (de)**, 8, rue de Florence, Paris.
- Legendre (Léon)**, 31, rue Jeanne-d'Arc, Rouen.
- Legrain**, médecin-major à l'hôpital militaire de Bougie (Algérie).
- Lemonnier**, Flers (Orne).
- Lenglet**, ancien interne des hôpitaux, 9, rue Vézelay, Paris.
- Le Pileur**, médecin de St-Lazare, 15, rue de l'Arcade, Paris.
- Leredde**, ancien interne des hôpitaux, ancien assistant de consultation à l'hôpital St-Louis, 31, rue La Boétie, Paris.
- Lévi-Bing**, 8, rue Léonie, Paris.
- Longin**, 33, rue de la Préfecture, Dijon.
- Louste**, ancien interne des hôpitaux, 167, boulevard Haussmann, Paris.
- Malherbe (M.)**, 4, rue du Général-Meunier, Nantes.
- Marian**, agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, 30, rue La Boétie, Paris.
- Maritoux**, Uriage (Isère).
- Marmonnier**, 18, rue de la République, Marseille.
- Marty**, médecin du Dispensaire de salubrité, 23, rue St-Denis, Paris.
- Melchior (Robert)**, chirurgien des hôpitaux, 32, rue Sainte, Marseille.
- Mendel**, ancien interne de l'hôpital St-Louis, 123, faub. St-Honoré, Paris.
- Méneau**, la Bourboule (Puy-de-Dôme), et 261, rue Judaique, Bordeaux.
- Meynet**, chef de clinique à la Faculté, 8, rue d'Oran, Lyon.
- Milian**, ancien chef de clinique à l'hôpital St-Louis, médecin des hôpitaux, 45, rue de Berlin, Paris.
- Mireur**, médecin des hôpitaux, 1, rue de la République, Marseille.
- Monier**, 47, rue du Rocher, Paris.
- Moreau**, 47, rue Rempart-St-Étienne, Toulouse.
- Morel-Lavallée**, médecin de l'hôpital de la Charité, 30, rue du Rocher, Paris.
- Morestin**, chirurgien des hôpitaux, 1, square Moncey, Paris.
- Moty**, professeur agrégé au Val-de-Grâce, médecin de l'hôpital St-Martin, 9, rue des Petits-Hôtels, Paris.

- MM. Nélaton**, chirurgien de l'hôpital St-Louis, agrégé à la Faculté, 368, rue St-Honoré, Paris.
- Nicolas (A.)**, la Bourboule (Puy-de-Dôme).
- Nicolas (J.)**, 6, cours Lieutaud, Marseille.
- Nicolas (Joseph)**, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, médecin des hôpitaux, 19, place Morand, Lyon.
- Noiré**, 2, rue de Paradis, Paris.
- Ombredanne**, chirurgien des hôpitaux, 1, Quai aux fleurs, Paris.
- Oudin**, ancien interne des hôpitaux de Paris, 12, rue de Belzunce, Paris.
- Pallier**, ancien interne des hôpitaux de Paris, 24, rue des Martyrs, Paris.
- Paris**, ancien chef de clinique à la Faculté, 50, rue d'Assas, Paris.
- Pautrier**, 1, rue Alfred-de-Vigny, Paris.
- Payenneville**, 29, rue Beffroy, Rouen.
- Perrin**, professeur de clinique dermatologique à l'École de médecine, 142, rue de Paradis, Marseille.
- Petges**, 132, cours d'Alsace-Lorraine, Bordeaux.
- Petrini-Galatz**, professeur à la Faculté de médecine, Bucharest (Roumanie).
- Pignot**, 7, rue de Lille, Paris.
- Portelier**, 350, rue St-Honoré, Paris.
- Queyrat**, médecin de l'hôpital Cochin-Annexe, 25, boulevard Latour-Maubourg, Paris.
- Raymond (Paul)**, agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.
- Raynaud**, directeur de la Santé, médecin de l'hôpital civil, 7, place de la République, Alger.
- Renault (Alexandre)**, médecin de l'hôpital Cochin-Annexe, 2, square La Bruyère, Paris.
- Renaut (J.)**, professeur à la Faculté, médecin des hôpitaux, 6, rue de l'Hôpital, Lyon.
- Rénon (Louis)**, médecin de l'hôpital de la Pitié, 51, avenue Montaigne, Paris.
- Reumaux**, médecin des épidémies, médecin du dispensaire municipal, Dunkerque.
- Rey**, professeur à l'École de médecine, 2, rue du Bab-Azoun, Alger.
- Richelot (G.)**, agrégé à la Faculté, membre de l'Académie de médecine, chirurgien de l'hôpital Cochin, 32, rue de Penthievre, Paris.
- Rist**, médecin des hôpitaux, 51, rue Galilée, Paris.
- Rochard**, chirurgien de l'hôpital St-Louis, 19, rue de Téhéran, Paris.
- Rostaine**, chef de clinique, 11, rue Roquépine, Paris.
- Rothschild (de)**, 33, faubourg Saint-Honoré, Paris.
- Rück**, ancien chef de clinique, Luchon (H^{te}-Garonne); l'hiver, Saint-Raphaël (Var).
- Sabaréanu**, ancien interne des hôpitaux de Paris, 21, Dionisie, Bucharest (Roumanie).
- Sabatié**, ancien interne des hôpitaux, ancien chef de clinique à l'hôpital St-Louis, 111, boulevard Beaumarchais, Paris.
- Sabouraud**, chef du laboratoire de la Ville à l'hôpital St-Louis, 62, rue Caumartin, Paris.

- MM. Sabrazès**, professeur agrégé, médecin des hôpitaux, 2, rue Jean-Burguet, Bordeaux.
- Saint-Germain (de)**, ancien assistant de consultation à l'hôpital Saint-Louis, 200, rue de Courcelles, Paris.
- Sauvineau**, ancien interne des hôpitaux, 42 bis, rue des Mathurins, Paris.
- Schmitt**, professeur à la Faculté, 51, place St-Jean, Nancy.
- Sée (Marcel)**, ancien interne des hôpitaux, ancien assistant de consultation à l'hôpital Saint-Louis, 48, rue de Rome, Paris.
- Sersiron**, 76, avenue Malakoff, Paris, et la Bourboule (Puy-de-Dôme).
- Sevestre**, médecin de l'hôpital Bretonneau, membre de l'Académie de médecine, 37, rue de Rome, Paris.
- Sibut**, ancien interne de St-Lazare, 21, boulevard St-Martin, Paris.
- Sottas**, ancien interne des hôpitaux, 113, rue St-Dominique, Paris.
- Souplet (Abel)**, ancien interne à l'hôpital St-Louis, 30, rue Bonaparte, Paris.
- Spillmann**, professeur à la Faculté, rue des Carmes, Nancy.
- Sulzer**, 22, rue de Tocqueville, Paris.
- Tavernier**, ex-chef de clinique à la Faculté de Lille.
- * **Tenneson**, médecin honoraire de l'hôpital St-Louis, 89, boulevard Montparnasse, Paris.
- Terson**, ancien interne des hôpitaux, 10, place de Laborde, Paris.
- Teulon-Valio**, Uriage (Isère).
- * **Thibierge (Georges)**, médecin de l'hôpital Broca-Pascal, 64, rue des Mathurins, Paris.
- Thorel**, 3, rue Dubocage-de-Bléville, Le Havre.
- Vedel**, agrégé à la Faculté, 7, rue du Faubourg-de-Lattes, Montpellier.
- * **Verchère**, chirurgien de St-Lazare, ancien chef de clinique chirurgicale de la Faculté, 101, rue du Bac, Paris.
- Verdalle**, Cannes (Alpes-Maritimes), et la Bourboule (Puy-de-Dôme).
- Vérité**, 13, rue Spontini, Paris.
- Veyrières**, la Bourboule (Puy-de-Dôme), et 4, place St-Michel, Paris.
- Viennois**, Peyrin, par Roman (Drôme).
- Weil (P.-Émile)**, 9, rue de Naples, Paris.
- Wickham (Louis)**, médecin de St-Lazare, ancien chef de clinique à la Faculté, 10, rue Washington, Paris.
- Zambaco-Pacha**, ancien interne des hôpitaux de Paris, associé national de l'Académie de médecine, 19, rue Kouloglou, Constantinople.

MM. les Membres de la Société sont priés de faire parvenir leurs changements d'adresse à M. le Secrétaire général.

MEMBRES TITULAIRES DÉCÉDÉS

- MM.** **Ricord**, président d'honneur (1889).
Dreyfous, membre fondateur (1889).
Deligny (1890).
Horteloup (1893).
Hardy, président d'honneur (1893).
E. Vidal, président (1893).
Lailler, président d'honneur (1893).
Pignot (1893).
Diday, président d'honneur (1894).
Quinquaud, membre du Comité de direction (1894).
Rollet, président d'honneur (1894).
Malécot (1894).
Leloir (1896).
Feulard, archiviste (1897).
Péan (1898).
Puy-le-Blanc (1898).
Gémy (1902).
Kalindero (1902).
Roustan (1904).
Barbe (1905).
Brousse (1905).
Mauriac, président d'honneur (1905).
Du Castel, secrétaire général (1905).
Josias (1906).
Barthélemy, membre du Comité de direction (1906).
Merklen (1906).
Dron (1906).
-

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

MM. LES DOCTEURS :

- Amicis (Tommaso de)**, professeur et directeur de la clinique dermo-syphiligraphique à l'Université de Naples, médecin en chef de la section spéciale des maladies vénériennes et cutanées à l'hôpital des Incurables, membre de l'Académie royale de médecine et de chirurgie de Naples, via Medina, 47, Naples.
- Anderson (Thomas Mac-Call)**, professeur de clinique interne à l'Université, chef du service des maladies de peau à l'hospice Occidental de Glasgow, 2, Woodside Terrace, Glasgow.
- Azua-y-Suarez**, médecin de l'hôpital San-Juan-de-Dios, 6, rue Villanova, Madrid.
- Bayet**, chef du service dermatologique de l'hôpital St-Pierre, agrégé suppléant à l'Université, 78, boulevard Waterloo, Bruxelles.
- Beck-Soma**, 16, Wachner boulevard, Buda-Pesth.
- Behrend**, professeur de dermatologie, 22, Mittelstrasse, Berlin.
- Bergh**, professeur de clinique, médecin en chef de l'hôpital de l'Ouest (femmes vénériennes), 19, Stromgade, Copenhague.
- Bertarelli (Ambrogio)**, directeur de la section des maladies de peau à l'hôpital Majeur de Milan, membre du conseil sanitaire de la province de Milan, rédacteur en chef du *Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle*, via S. Orsola, 1, Milan.
- Blaschko**, 104, Friedrichstrasse, Berlin.
- Bock (Cæsar)**, professeur de clinique dermatologique à l'Université, Christiania.
- Bogdan (Georges)**, médecin adjoint de l'hôpital St-Spiridon, professeur de médecine légale, Iassy.
- Breda**, professeur de dermatologie à l'Université, Padoue.
- Brodeur**, ancien interne des hôpitaux de Paris, 707, rue Sherbrooke, Montréal (Canada).
- Brooke (H. G.)**, professeur de dermatologie à Owens College, Manchester.
- Bulkley (L. Duncan)**, médecin de l'hôpital de New-York, 531, Madison avenue, New-York.
- Bunch (J. L.)**, 116, Piccadilly, London.
- Campana (Roberto)**, professeur de clinique dermo-syphilopathique à l'Université, Rome.
- Castelo-y-Canalis**, médecin de l'hôpital San-Juan-de-Dios, 19, rue Claudio-Coello, Madrid.
- Castrillon**, chargé du cours de dermatologie à Santa-Fé-de-Bogota (Colombie).

- MM. Caspary**, professeur de dermatologie à l'Université, Königsberg.
Cavafy (John), médecin de l'hôpital St-Georges, 2, Upper Berkeley street, Portinan square, Londres.
Chaves (Bruno), ministre des États-Unis du Brésil, 15, Schwing, Vienne.
Colombini, professeur de dermatologie à Sassari.
Crocker (H. Radcliffe), membre du Collège royal des médecins de Londres, chef du service des maladies de la peau à l'hôpital de l'Université, médecin des enfants à l'hôpital de l'Est, 121, Harley street, Londres.
Cruyl, chef du service chirurgical à l'hôpital civil et assistant à l'Université, 18, rue Longue-du-Marais, Gand.
Dind, professeur à la Faculté de médecine, Lausanne.
Djelaledin-Moukhtar, professeur à la Faculté de médecine, Constantinople.
Dodsworth (de Toledo), Rio-de-Janeiro.
Doutrelepont, professeur de dermatologie à l'Université, Bonn.
Ducrey (Augusto), professeur de pathologie et clinique dermo-syphilopathiques à l'Université de Pise.
Duhring (Louis A.), professeur de dermatologie à l'hôpital de l'Université de Pensylvanie, 1416, Spruce street, Philadelphie.
Düring (von), professeur à l'Université, Kiel.
Eddower (Alfred), 28, Wimpole street, London.
Elliott, 36 East 35th street, New-York.
Euthyboule, médecin de l'hôpital Zeineb-Kiamil, chargé du service des maladies cutanées et vénériennes à l'hôpital français Jérémie, 5, rue Mekteb, Péra, Constantinople.
Falcão, directeur du service dermatologique à l'hôpital général, Lisbonne.
Filaretopoulos, agrégé à Athènes.
Finger, professeur à la Faculté de médecine de Vienne, I. Graben, 26, Vienne.
Fiwelsky, médecin de l'hôpital Miarnitzkaja, médecin du dispensaire de salubrité, Karetnaja Sadowaja, 235, Moscou.
Fox (J. Colcott), professeur de dermatologie à l'hôpital Westminster, médecin de l'hôpital des Enfants Victoria, membre du Collège des médecins de Londres, etc., 14, Harley street, Cavendish square, Londres.
Galloway, médecin de l'hôpital Charing Cross, 54, Harley street, Londres.
Gay, professeur de dermatologie, Kazan.
Glück, médecin de l'hôpital de l'Etat à Sarajewo.
Godinho (Jorge), 62, rue Garret, Lisbonne.
Gonzalez Uruena, professeur de clinique dermatologique à la Faculté de Mexico, 15, Portillo de San-Diego, Mexico.
Graham (Little), 61, Wimpole street, London.
Griffith (J. S.), Redland Park house, Bristol.
Hansen, Bergen, Norvège.
Haralamb, médecin de l'hôpital Colentina, 3, strada Renascerei, Bucharest.

- MM. Havas**, docent de dermatologie et de syphiligraphie à l'Université de Budapest, directeur de la policlinique dermatologique, IV, rue Maria-Valéria, 7, Budapest.
- Hutchinson (Jonathan)**, F. R. C. S., chirurgien du London hospital et de l'hôpital des maladies de la peau, 15, Cavendish square, W., Londres.
- Hyde (James Nevins)**, professeur de dermatologie, 100, State street, Chicago.
- Jacobi**, professeur à l'Université, Fribourg-en-Brisgau, Allemagne.
- Jadassohn**, professeur de dermatologie 7, Pavillonweg, Berne.
- Jamieson**, 26, Rutland street, Edimbourg.
- Janovsky (Victor)**, professeur à la Faculté de médecine Tchèque, médecin des hôpitaux, directeur de la clinique dermatologique et syphiligraphique de la Faculté, membre du Conseil d'hygiène de la ville, etc., Hopfenstochgasse, 5, Prague.
- Juliusberg**, Francfort-sur-le-Mein.
- Keser**, privat-docent de dermatologie et de syphiligraphie à la Faculté de médecine, 1, place du Port, Genève.
- Krefting (Rudolf)**, Christiania, Norvège.
- Lang (Eduard)**, professeur à l'Université de Vienne, médecin en chef de l'Hôpital général, membre de l'Académie Léopoldino-Carolina Cæsarea, Ebendorferstrasse, 10, Vienne.
- Lanz**, agrégé à l'Université, Armianski per, maison Konstantinoff, Moscou.
- Lassar**, professeur à l'Université, Reichstag Ufer 1, Berlin.
- Lebel**, médecin directeur de la Prison de Québec, Canada.
- Leo (Constantino)**, 18, via Canestrari, Rome.
- Lesser**, professeur de dermatologie, Lützow Ufer, 19, Berlin.
- Lindström**, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Kiew, Russie.
- Liveing**, membre du Collège Royal des médecins de Londres, 11, Manchester square, Londres.
- Lustgarten**, à New-York.
- Macleod**, Harley street, 11, Londres.
- Majocchi** professeur, directeur de la clinique dermo-syphilopathique, Bologne.
- Malcolm (Morris)**, chef de la section des maladies de la peau et chirurgien à l'hôpital Sainte-Marie, 8, Harley street, Cavendish square, Londres.
- Mannino (L.)**, chef du service des maladies vénériennes et cutanées à l'Hôpital civil, membre de l'Académie royale de médecine de Palerme, etc., via Cavini, 27, Palerme.
- Mello-Breyner (Thomas de)**, 59, Junqueira, Lisbonne.
- Mendes da Costa**, professeur de dermatologie, 48, Rømer Wischerstraat, Amsterdam.
- Méric (de)**, chirurgien de l'hôpital français de Londres, 35, Bryanston street, Portman square, Londres.
- Mibelli**, professeur de dermatologie, 79, via Ventidue-Luglio, Parme.
- Moeller (Magnus)**, docent de dermatologie et de syphiligraphie, chef de service à l'hôpital St-Göran, Stockholm.

- MM. Morrow (Prince)**, ancien directeur du *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, 66, West 40th street, New-York.
- Mracek**, professeur de dermatologie, Vienne.
- Munro**, Sydney.
- Neisser**, professeur et directeur de la Clinique dermatologique, 112, Fürstenstrasse, Breslau.
- Nékam**, privat-docent, rue Kossuth, 2, Buda-Pesth, Hongrie.
- Nicoulau**, Bucarest.
- Nikolski**, professeur de dermatologie, 14, Sadoveja, Varsovie.
- O'Brien**, 29, Merrion Square North, Dublin.
- Olavide y Malo (José)**, directeur du musée dermatologique de l'hôpital San-Juan-de-Dios, 17, rue Jorge-Juan, Madrid.
- Oltremare**, professeur extraordinaire de dermatologie et de syphiligraphie à la Faculté de médecine, 11, Corraterie, Genève.
- Oro (Mario)**, 23, via Tarsia, Naples.
- Pardo Regidor**, 22, calle della Luna, Madrid.
- Pautry**, 4, rue du Mont-Blanc, Genève.
- Pawloff**, professeur de dermatologie, 57, rue des Officiers, St-Petersbourg.
- Pellizzari (Ceslo)**, professeur de dermatologie à l'Institut des Études supérieures, 2, via della Colonna, Florence.
- Pernet (Georges)**, 94, Harley street, London.
- Petersen**, St-Petersbourg.
- Pharmacopoulos**, Athènes.
- Photinos**, Athènes.
- Pick (Fillipp-Josef)**, professeur et directeur de la clinique dermatologique et syphiligraphique à l'Université allemande de Prague, médecin en chef de l'Hôpital général, rédacteur en chef de l'*Archiv für Dermatologie und Syphilis*, III, Jungmannstrasse, 41, Prague.
- Piffard (Henri)**, chirurgien de Charity Hospital, 256, West 57th street, New-York.
- Pini**, assistant à la clinique dermo-syphilopathique, Ospedale S. Orsola Bologne.
- Polano (M.-E.)**, Klinik Hoogracht, 14/15 St-Gravenhaga.
- Pospelow (Alexis)**, professeur à la Faculté de médecine de Moscou, directeur de la clinique dermatologique, etc., clinique dermatologique, Moscou.
- Pringle**, médecin de Middlesex Hospital pour les maladies de la peau, professeur de dermatologie à l'École de médecine, membre du Collège royal des médecins de Londres, 23, Lower Seymour street, Portman square, Londres.
- Profeta (Giuseppe)**, professeur de l'Université, Palerme.
- Proksch**, Vienne.
- Rasch**, 10, Amagertow, Copenhagen.
- Ravogli**, 88, West 7th street, Cincinnati, États-Unis.
- Riehl**, professeur de dermatologie à l'Université, 37, Alserstrasse, Vienne.
- Rille**, professeur de dermatologie, Leipzig.
- Robinson (A. R.)**, professeur de dermatologie à la Policlinique, professeur d'anatomie pathologique et de dermatologie au Collège médical des femmes, 248, West 42th street, New-York.

- MM. Rona**, professeur, médecin de l'hôpital Saint-Stephan, Andrassyutza, 23, Budapest.
- Rosenthal**, conseiller sanitaire, Postdamerstrasse, 121 g., Berlin.
- Schiff (Eduard)**, professeur, 1, Wallfischgasse, 6, Vienne.
- Selhorst (S. B.)**, Klinik Hoogracht, 14/15 St-Gravenhage
- Sommer (Raldomero)**, Buenos-Ayres.
- Spiegler**, privat-docent de dermatologie à l'Université, Ebendorferstrasse, 10, Vienne.
- Spitzer (Ernest)**, privat-docont, 5, Morzinplatz, Vienne.
- Stelwagon**, 1634, Spruce street, Philadelphie.
- Stephen Mackensie**, Londres.
- Silva (da)**, Lisbonne.
- Szrwykowski (Michel)**, ancien assistant de l'hôpital Saint-Esprit, rue Eryvanska, 10, Varsovie.
- Taylor (R. W.)**, professeur des maladies vénériennes au Collège des médecins et chirurgiens, chirurgien de l'hôpital de la Charité, chef du service des maladies de la peau à l'hôpital de New-York, 40 West 21st street, New-York.
- Thin (George)**, 22, Queen's Anne street, Cavendish square, Londres.
- Török (Louis)**, 16, Andrassyutza, Budapest.
- Touton**, 20, Friedrichstrasse, Wiesbaden.
- Troisfontaines**, professeur à la Faculté de médecine, Liège.
- Umbert**, Barcelone.
- Unna**, 5, Park-Allee, Eimsbüttel, Hambourg.
- Vajda**, agrégé à l'Université, I. Naglergasse, 58, Vienne.
- Veiel**, à Cannstadt.
- Virgilio Baptista**, Lisbonne.
- Watraszewski (de)**, médecin de l'hôpital St-Lazare, Varsovie.
- Welander (Édouard)**, professeur agrégé de syphilidologie à l'École de médecine (Institut Carolin), médecin en chef de l'hôpital St-Göran, 10, Skeppsbron, Stockholm.
- White (James C.)**, professeur de dermatologie à l'Université Harvard, 259, Marlborough street, Boston.
- Wolff**, professeur de dermatologie, 5, rue Empereur-Frédéric, Strasbourg.
-

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS DÉCÉDÉS

- Professeur **Mansouroff**, de Moscou (1892).
Professeur **Manassel**, de Rome (1893).
Professeur **Pellizzari (Pietro)**, de Florence (1894).
Professeur **Smirnofi**, d'Helsingfors (1896).
Professeur **Stouklowenkoff**, de Kiew (1897).
Professeur **Schwimmer**, de Buda-Pesth (1898).
Professeur **Olavide**, de Madrid.
Docteur **van Hoorn**, d'Amsterdam.
Professeur **Kaposi**, de Vienne (1902).
Professeur **Hans von Hebra**, de Vienne (1902).
Professeur **Jarisch**, de Gratz (1902).
Professeur **Tommasoli**, de Palerme (1904).
Professeur **Köbner**, de Berlin (1904).
Professeur **Scarenzio**, de Pavie (1904).
Professeur **Thomachewski**, de Kiew (1906).
Professeur **Haslund (Alex.)**, de Copenhague (1906).
Professeur **Tarnowski (Benjamin)**, de Saint-Pétersbourg (1906).
Professeur **Neumann (Isidor)**, de Vienne (1906).
-

BULLETIN
DE LA
SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE
ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 3 JANVIER 1907

Présidence de M. H. Hallopeau.

SOMMAIRE. — Ouvrages offerts à la Société. — Sur un nouveau cas d'acrodermatite suppurative continue, par M. HALLOPEAU. — Nouveau cas de proliférations locales intensives au voisinage d'un chancre induré, par MM. HALLOPEAU et BOUDET. — Sur un lupus érythémateux de la face, guéri unilatéralement par un érysipèle unilatéral, par MM. HALLOPEAU et BOUDET. — Sur un cas de syphilis tertiaire précoce, gomme du frontal et perforation, par MM. HALLOPEAU et BOUDET. (Discussion: MM. DANLOS, LEREDDE, E. FOURNIER, MILIAN, HALLOPEAU, LENGLET, JEANSELME, GASTOU.) — Sarcomatose primitive multiple de la peau. Rectification de diagnostic, par MM. BALZER, MERLE et RUBENS DUVAL. — Sporotrichose: a) présentation de malade, par MM. DANLOS, DEROYE et GOUGEROT; b) présentation de cultures, pièces humaines et expérimentales, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT. — Probabilité de syphilis ignorée et de syphilide psoriasiforme tertiaire. Insuffisance de l'examen histologique, par MM. DANLOS et DEROYE. — Note sur le cas précédent, par M. GASTOU. — Troubles trophiques des doigts, de cause indéterminée, par M. FRANÇOIS-DAINVILLE. — Un cas de parapsoriasis, par M. MILIAN. (Discussion: MM. GAUCHER, MILIAN).

Ouvrages offerts à la Société.

A. PASINI. — Sulla permanenza della spirochete pallida en una macula atrofico pigmentaria residua di una papula sifilitica. Milan, *Tipografia degli operai*, 1906.

— Sulla presenza della spirochete pallida en alcune secrezioni fisiologiche degli individui eredosifilitici. Milan, *Tipografia degli operai*, 1906.

— Ueber purpura senilis. *Monatshefte für Praktische Dermatologie*, 43 Band, 1906.

ED. FOURNIER — Recherche et diagnostic de l'hérédosyphilis tardive. Paris, Masson et C^{ie}, 1907.

Sur un nouveau cas d'acrodermatite suppurative continue.

Par M. HALLOPEAU.

L'état morbide que nous avons décrit sous ce nom a récemment attiré l'attention de plusieurs dermatologues, parmi lesquels nous

citerons plus particulièrement MM. Audry, Hamman, Ledoux, Pospelow, Bodin, Carle, Hudelo et Hérissou, et Mestchersky dont le travail vient de paraître dans les *Annales de Dermatologie*.

Les hypothèses les plus diverses ont été formulées relativement à sa nature : c'est ainsi qu'il s'agit, pour les uns, d'une trophonévrose; pour d'autres, d'une localisation de l'impétigo herpétiforme ou de la maladie de Duhring; pour d'autres, d'accord avec nous, d'une infiltration bactérienne sous les couches épaisses de l'épiderme des régions intéressées.

C'est, en effet, suivant nous, exclusivement à la structure toute particulière de la peau, dans les régions palmaires, que sont dues ces suppurations interminables; les agents infectieux peuvent être d'origine et de nature diverses; le fait essentiel, c'est qu'ils se trouvent emprisonnés dans la couche profonde de l'épiderme trop épais pour qu'ils puissent le franchir.

L'histoire du malade que nous vous présentons offre, à cet égard, quelques particularités qui nous semblent dignes d'intérêt.

Le nommé T..., 53 ans, teinturier, salle Hardy; il a des antécédents maternels d'arthritisme.

En 1903, à la Pentecôte, il est atteint d'une éruption rouge qui occupe la partie inférieure des avant-bras et les mains. Elle s'accompagne bientôt de vésicules et de suintement.

Ces altérations ont, depuis lors, constamment persisté avec de courtes rémissions incomplètes.

Depuis un an, les dernières phalanges des trois derniers doigts des deux mains sont en flexion sur les deuxièmes.

T... entre, en novembre, dans notre service; à ce moment, on voit profondément, sous l'épiderme des paumes des mains, des traînées purulentes multiples, serpigneuses; le malade accuse une sensation violente et persistante de prurit au niveau des faces palmaires. Il est traité successivement par le permanganate et par le baume de Baissade qui provoque une aggravation suivie d'une poussée eczémateuse du côté du front et des oreilles.

Depuis 18 jours, sous l'influence d'un traitement bi-hebdomadaire par les rayons X, il s'est produit une notable amélioration; les traînées purulentes, qui existaient encore samedi dernier, ont entièrement disparu.

L'état actuel est le suivant : Les altérations occupent avec une symétrie presque parfaite les deux extrémités supérieures; à la partie inférieure des poignets, la peau est rouge, plissée, légèrement squameuse; il en est de même sur toute la surface des mains.

Dans la région palmaire, l'épiderme est le siège de soulèvements multiples qui mesurent de 2 à 6 millimètres dans leur plus grand diamètre. Ces altérations épidermiques sont consécutives aux soulèvements purulents; elles sont ouvertes à leur partie médiane. Elles se propagent du côté gauche à la face palmaire des deux derniers doigts. Toute la peau de ces régions palmaires est d'un rouge sombre, et le siège, par places, de minces croûtes; sa surface est légèrement plissée ou lisse.

La flexion des phalanges sur les phalangettes est permanente ; il est impossible de ramener les doigts dans leur attitude normale.

Les articulations phalangiennes de l'index et du médius paraissent un peu tuméfiées. Les ongles sont striés verticalement et transversalement, leur surface est inégale. Les traînées purulentes, encore visibles il y a quelques jours, ont complètement disparu. Les pieds sont indemnes, les ganglions sus-épitrochléens des deux côtés et axillaires du côté droit sont tuméfiés.

Il n'y a pas d'asphyxie locale des extrémités, bien que le contact des extrémités digitales donne, comme dans cet état morbide, une certaine sensation de viscosité.

Si l'on cherche à établir quelle a été dans ce fait la filiation des accidents, on arrive à la conception suivante : sous l'influence des irritations auxquelles donne lieu, dans la profession de teinturier, le contact des substances chimiques, il s'est développé chez ce malade une dermatite eczémateuse qui s'est localisée aux poignets où elle persiste encore et aux mains ; secondairement, par les portes d'entrée que constituaient les vésicules rompues, des microbes pyogènes ont pénétré et immigré dans les couches superficielles du derme où elles donnent lieu depuis lors aux suppurations serpigineuses qui caractérisent objectivement cette dermatose ; ils s'y sont installés définitivement jusqu'au jour où les rayons X sont venus en empêcher la repullulation et en assurer la disparition par un mécanisme sur lequel nous allons revenir.

Chemin faisant, en se propageant aux gaines des tendons, les inflammations ont amené la flexion permanente des phalanges sur les phalangettes ; de plus, il s'est produit, par instants, des auto-inoculations eczémateuses au cou et au visage.

Si les altérations sont symétriques, c'est en raison de l'influence réciproque qu'exercent l'une sur l'autre, par voie réflexe, les altérations des extrémités des membres : l'intervention de troubles trophiques doit donc être admise ; mais, suivant nous, rien n'établit qu'elle soit primordiale comme le soutiennent les partisans de la théorie tropho-névrotique : il s'agit, selon toute vraisemblance, de troubles secondaires d'origine réflexe.

M. Mestchersky oppose à cette manière de voir la stérilité du liquide contenu dans les vésicules, mais il en est de même dans l'eczéma et nous sommes de ceux qui, avec Leredde, considèrent cette maladie comme parasitaire : les auto-inoculations que nous observons incessamment dans notre consultation de Saint-Louis chez les malades atteints d'eczéma professionnel nous en fournissent la preuve. Nous venons de voir que de pareilles inoculations se sont produites chez ce malade à la suite d'une poussée aiguë de dermite eczémateuse provoquée par le baume de Baissade ; les observations de Perrin

peuvent également être citées à l'appui de ces auto-inoculations ; si l'on ne trouve pas de microbes dans ces vésicules, s'est sans doute parce qu'ils siègent en dehors d'elles.

La production des altérations d'acrodermatite en dehors de traumatismes mentionnés est invoquée par le même auteur contre notre interprétation ; mais les extrémités digitales ne sont-elles pas chez tout le monde le siège d'incessants traumatismes ? est-il nécessaire d'une large porte d'entrée pour permettre aux différents microbes pyogènes de pénétrer dans les couches profondes de l'épiderme et, de là, dans les tissus sous-jacents ?

L'apparition possible des premières phlyctènes sur la face latérale des doigts ne nous contredit nullement, car, dans cette partie, l'épiderme est, presque partout, plus épais que dans la plupart des autres régions ; par contre, nous invoquerons en faveur de notre théorie l'absence habituelle des traînées purulentes sur la face dorsale des mains.

M. Mestchersky arrive à conclure qu'il s'agit d'une localisation de la dermatite herpétiforme de Duhring et de l'impétigo herpétiforme de Hebra, qu'il réunit dans une seule espèce morbide.

Il est possible que l'impétigo de Hebra se localise dans les régions palmaires et donne lieu aux altérations caractéristiques de l'acrodermatite ; il en est de même pour la maladie de Duhring ; mais ce sont là, en tout cas, des faits très exceptionnels.

Dans la grande majorité des cas, contrairement à ce qui se passe dans l'impétigo de Hebra, il n'y a pas de pustules isolées, il ne se produit pas de croûtes épaisses, il ne survient pas de proliférations papillomateuses, on n'observe pas de symptômes généraux graves et les malades ne meurent pas de leur dermatose qui est au contraire compatible avec un excellent état de santé générale.

Contre l'assimilation avec la dermatite herpétiforme de Duhring, nous signalerons la localisation, pendant de longues années, des altérations à une même région, le défaut de groupement agminé des éléments éruptifs, la propagation des suppurations sous forme de longues traînées.

Si nous croyons devoir maintenir ferme la manière de voir que nous avons formulée dans nos premières publications, c'est qu'elle rend compte de tous les faits et que, seule, elle peut en rendre compte.

Nous noterons comme particularités, chez ce malade, le début par la dermatite professionnelle, la persistance de cette dermatite sous forme d'un eczéma typique, l'intensité parfois extrême du prurit, l'action nocive qu'a exercée le baume de Baissade et l'influence si prompt et puissante du traitement par les rayons X, ver nat confirmerce que nous avons déjà signalé ici même avec M. Gastou, à qui

revient l'initiative de ce traitement, dans un cas où la dermatose existait depuis plus de vingt ans. On peut dire que nous tenons désormais la cure efficace de cette maladie jusqu'ici résistante à tous les moyens d'action.

Pour ce qui est du mode d'action des rayons X en pareils cas, l'explication la plus vraisemblable est celle d'une modification du milieu de culture qu'offrent aux microbes pathogènes les couches superficielles du derme : c'est ainsi qu'ils feraient disparaître ces parasites sans excercer sur eux une action directement destructive.

M. Audry a cru devoir substituer à notre dénomination d'*acrodermatite continue*, celle de *phlycténose récidivante*; il conteste la continuité et fait remarquer qu'il y a des faits d'acrodermatite différents de notre type morbide.

Qu'il y ait parfois des rémissions, nous ne le contestons pas, mais l'épithète de *continue* nous paraît néanmoins congrue, car la continuité est un des caractères essentiels de la maladie; les autres formes d'acrodermatites persistantes sont qualifiées diversement; il en est ainsi de celle qu'a décrite Herxheimer.

La dénomination de *phlycténose* serait susceptible d'objection; on peut se demander si les traînées purulentes serpigineuses méritent bien cette dénomination et il n'en est certainement pas ainsi pour les lésions eczémateuses typiques qui, dans plusieurs cas, ont joué un rôle important dans la scène morbide, non plus que pour la dermite concomitante, les rétractions tendineuses et les dystrophies unguéales. Nous préférons enfin la qualification de *continue* à celle de *récidivante*, car il ne nous paraît pas douteux que des microbes infectieux ne persistent à l'état latent pendant les courtes périodes de rémission.

Pour ces raisons nous maintenons notre dénomination d'*acrodermatite continue* et nous sommes heureux de constater qu'elle est adoptée par tous les auteurs qui se sont récemment occupés de la question.

Nouveau cas de proliférations locales intensives au voisinage d'un chancre induré.

Par MM. H. HALLOPEAU et BOUNET.

L'un de nous a déjà insisté à plusieurs reprises, et notamment dans une communication au congrès de Liège en 1905, sur les *proliférations locales dans la syphilis*. Si nous croyons devoir en montrer à la Société un nouvel exemple, c'est que ces faits ont été, et sont encore, interprétés généralement d'une manière différente.

Nous résumerons ainsi qu'il suit l'histoire de cette malade :

La nommée Eugénie L..., âgée de 20 ans, entrée salle Lugol, lit n° 24. est atteinte d'une syphilis dont le début remonte à six mois; elle a été précédée d'une bartholinite de la grande lèvre droite, vers le tiers inférieur; le chancre a siégé au niveau de la grande lèvre gauche; il a duré un mois.

Environ six semaines après, se sont produites des ulcérations dans son voisinage. Elles se sont multipliées au-dessous de l'ulcération initiale, végétant et s'étendant excentriquement; elles ont envahi les plis génito-cruraux.

Actuellement, il n'y a pas d'accidents secondaires ailleurs qu'au niveau de la vulve.

Ces lésions sont constituées par des saillies végétantes formant un relief qui atteint 5 millimètres de hauteur.

Les dimensions longitudinales de la plaque située à la partie inférieure de la grande lèvre gauche sont de 45 millimètres sur 35 transversalement, sa surface est inégale, mamelonnée, sillonnée par de nombreuses dépressions linéaires excoriées et sécrète un liquide sanieux.

La partie sous-jacente de la grande lèvre est le siège d'altérations semblables de dimensions moindres; l'une d'elles, cependant, mesure 36 millimètres de long sur 10 de large.

A la partie interne de la fesse droite, une ulcération de mêmes caractères mesure 6 centimètres longitudinalement sur 7 transversalement; elle se continue avec des ulcérations de la fourchette et de la petite lèvre.

La plaque génito-crurale s'étend verticalement sur une longueur de 7 centimètres et une largeur de 12 millimètres; elle est également saillante, mamelonnée, ulcérée; elle remonte à 3 centimètres au-dessus de la commissure labiale. A droite une plaque semblable mesure 20 millimètres sur 7.

On voit, en outre, un semis de saillies non ulcérées, grosses comme des grains de chènevis.

Autour de l'anus, ulcérations multiples, identiques à celles de la fourchette.

Les ganglions inguinaux sont tuméfiés; il n'y a pas d'altérations buccales.

Ainsi donc, chez cette malade, la syphilis secondaire se traduit exclusivement par des manifestations graves au pourtour des organes génitaux; les autres parties de la surface tégumentaire externe ainsi que les muqueuses accessibles à l'exploration visuelle sont actuellement indemnes; ces lésions périgénitales sont remarquables par leur étendue en surface, par leurs caractères ulcéreux et par leurs saillies végétantes. Nous n'insisterons pas sur ce dernier caractère qui paraît dû à l'association de microbes indépendants du tréponéma.

En général, on attribue ces localisations vulvaires à la malpropreté et plus particulièrement à l'action irritante des produits de sécrétion qui stagnent dans cette région; nous ne contestons pas que cette cause ne puisse, comme toute irritation locale, exercer un appel sur le virus; mais une partie tout au moins des altérations échappent à cette interprétation: nous voulons parler de ces vastes ulcérations qui s'étendent dans la région inguinale droite, au-dessus de la vulve. D'autre part, étant donné ce que nous avons maintes fois signalé chez l'homme, en

l'absence de ces stagnations de liquides altérés, nous sommes amenés à conclure qu'il s'agit là de lésions engendrées par les tréponémas émanés directement de ceux de l'accident primitif et immigrés dans les régions voisines, soit par les espaces lymphatiques, soit par les interstices du tissu conjonctif, par le mécanisme que nous dénommons *intra-inoculation*, à une période de leur évolution où ils présentent une activité plus grande qu'après avoir passé dans la circulation générale. Il est probable que le contact incessant des syphilomes ulcérés, au niveau des petites lèvres, doit donner lieu également à des *auto-inoculations*, malgré l'insuccès de l'expérimentation dans ses tentatives pour leur donner lieu dans des conditions beaucoup moins favorables.

Cette interprétation, formulée par l'un de nous depuis plusieurs années, a été récemment confirmée par les résultats de l'expérimentation qui a conduit Finger à formuler la proposition suivante : *« contrairement à la thèse courante, les syphilitiques, à tous les stades de leur maladie, réagissent sous l'influence du virus syphilitique par des manifestations spécifiques locales. »*

Cette déclaration semble au premier abord en désaccord avec les belles expérimentations de notre collègue M. Queyrat qui limite à onze jours la durée de la période pendant laquelle le porteur d'un chancre induré reste en état de réceptivité à l'égard de nouvelles inoculations, mais, en réalité, ces faits montrent seulement que le contact n'est plus inoculable par le même procédé; c'est qu'en effet les observations cliniques ne permettent pas d'admettre une autre explication que celle du transport direct du tréponéma très virulent dans les localités voisines.

Nous avons exposé au récent Congrès de Lyon pour l'avancement des sciences les arguments qui militent en faveur d'une évolution du tréponéma dans l'organisme: le contraste chez cette femme entre les lésions de généralisation et les manifestations locales est des plus frappants. Nous ferons remarquer, à cet égard, que M. Queyrat, dans sa communication si intéressante à la Société médicale des hôpitaux, a trouvé, dans les accidents primitifs, des tréponémas plus courts et épais qu'ils ne le sont généralement: c'est là, selon toute vraisemblance, un caractère qui correspond à une différence dans l'activité des fonctions pathogénétiques.

Nous résumerons les données de cette note par les conclusions suivantes :

1° *Nous affirmons de nouveau que le tréponéma présente, au niveau de l'accident primitif, une virulence plus grande que dans les manifestations secondaires disséminées ;*

2° *Il se produit souvent autour du chancre un envahissement des tissus par ces tréponémas suractifs : il en résulte le développe-*

ment de lésions ulcéreuses et végétantes remarquables par leur étendue et leur nombre;

3° *Le contact des sécrétions irritantes est impuissant à expliquer le développement de ces syphilomes qui se produisent en dehors de leur sphère d'action;*

4° *L'expérimentation est venue, à cet égard, confirmer les résultats de l'observation ;*

5° *Les caractères reconnus par M. Queyrat au tréponéma de l'accident primitif sont en faveur d'une évolution de ce parasite dans l'organisme humain.*

Sur un lupus érythémateux de la face guéri unilatéralement par un érysipèle unilatéral.

Par MM. H. HALLOPEAU et BOUDET.

L'un de nous a mis plusieurs fois en évidence l'action puissamment modificatrice et parfois curative qu'exerce l'érysipèle sur le lupus tuberculeux vulgaire; la malade que nous avons l'honneur de présenter montre d'une manière saisissante qu'il en est de même pour le lupus érythémateux.

La nommée Marie R..., âgée de 23 ans, infirmière, entre le 3 décembre 1906, salle Lugol, au lit n° 17.

Cette malade a un lupus érythémateux datant de 3 ans. Il occupait en novembre les deux joues de la malade, son menton et les ailes du nez. A cette époque, elle fut atteinte d'un érysipèle, qui resta circonscrit au côté droit de la face.

Consécutivement son lupus a rétrogradé de ce même côté; à l'heure actuelle, la joue droite ne présente plus qu'une pigmentation sombre avec aspect cicatriciel.

Cette guérison unilatérale donne à la physionomie de cette jeune femme un aspect étrange et inoubliable; elle montre en toute évidence que l'inflammation provoquée par les toxines streptococciques éteint la virulence de l'agent générateur du lupus érythémateux, comme elle le fait pour celui du lupus tuberculeux: c'est entre eux un nouveau trait commun.

Sur un cas de syphilis tertiaire précoce avec gomme du frontal et perforation.

Par MM. H. HALLOPEAU et BOUDET.

Cette syphilis nous paraît mériter l'attention par la gravité précoce de ses manifestations, l'envahissement de plusieurs parties du squelette, les nécroses et les perforations qui en résultent et l'inefficacité des traitements.

Le nommé Charles C..., âgé de 29 ans, couché salle Hardy, lit n° 74, a contracté la syphilis à Nouméa en 1903; l'accident initial a siégé à la verge; il a été suivi bientôt après de plaques muqueuses dans la bouche et à l'anus. Le malade n'a pas remarqué de roséole, mais, presque en même temps, appaurent des nodosités sur toutes les parties du corps, et l'œil gauche a été atteint d'iritis.

C'est dans cet état qu'il est allé à l'hôpital Ricord, à la fin de 1903.

Ces accidents ont cédé à 3 injections de calomel; après sa sortie, le malade a continué pendant 3 mois à prendre des pilules.

En décembre 1904, il est entré dans le service de M. Gaucher pour des gommès de la peau; il y a été traité pendant deux mois par les injections de biiodure, et a continué ce traitement après sa sortie; le nombre de ces injections s'est élevé à 120.

Néanmoins, en 1905, il lui est survenu deux nouvelles gommès dans la région dorsale; il a été traité par M. Balzer qui en a fait prendre un moulage; il avait à ce moment de nombreuses plaques dans la bouche et dans la gorge.

Il a reçu alors des injections d'huile grise.

En août 1906, le malade est pris d'une céphalalgie intense, constante, sans prédominance nocturne. Bien qu'il ingérât à ce moment régulièrement des pilules de proto-iodure, il a vu, vers le milieu d'octobre, une petite tumeur se développer dans la région frontale; elle a atteint bientôt le volume d'un œuf de pigeon; puis elle s'est ulcérée, a suppuré abondamment; la céphalalgie a disparu.

En même temps, le nez a augmenté de volume, s'est tuméfié au niveau des os propres et bientôt s'est ulcéré, en même temps qu'une suppuration abondante se produisait dans l'arrière-gorge; le malade a rejeté un osselet aplati, rugueux, d'un centimètre de longueur environ, provenant probablement des os propres.

Actuellement, le malade présente au milieu du crâne une ulcération profonde de 3 centimètres de largeur sur 4 de longueur, siégeant au sommet du frontal; les bords en sont taillés à pic; le fond est formé en partie par l'os éburné, dépouillé de son périoste.

À la partie supérieure de l'ulcération, il s'est fait une perforation dont les dimensions atteignent celles d'une pièce d'un centime: ses bords sont comme creusés à l'emporte-pièce.

Au fond de la plaie sanieuse, le pus sécrété est le siège de soulèvements synchrones à ceux du pouls.

Au niveau du nez, on constate l'existence d'une gomme ulcérée.

L'examen de la gorge montre une disposition assez particulière.

Les deux piliers antérieurs sont intacts ainsi que la luette; la communication avec le naso-pharynx est établie par une longue boutonnière au fond de laquelle on aperçoit la muqueuse; cette boutonnière semble constituée par les piliers postérieurs soudés à la paroi.

On note l'existence de nombreuses adénopathies dans les aines, à la nuque et aux épitrochlées.

L'état général, malgré un certain degré d'anémie, n'est pas notablement altéré; l'appétit est conservé; il n'y a ni vomissements ni constipation; la

lucidité est complète; les signes de Kernig, et de l'orteil font défaut; la température ne s'est élevée qu'un jour à 38°.

Traitement : frictions mercurielles; iodure de potassium à la dose de 6 grammes par jour; application, sur les parties ulcérées accessibles, de compresses de tarlatane aseptique pliées en 12, imprégnées d'une solution de sublimé au 5/1000^e et recouvertes de taffetas chiffon.

Cette syphilis a présenté, dès le début, un caractère grave; il semble bien que les nodosités multiples qui ont suivi l'apparition du chancre aient été des gommès.

Le contagé paraît avoir une certaine prédilection pour le tissu osseux, car il a intéressé simultanément le frontal et les os du nez.

Nous aurons à observer ultérieurement les conséquences de la perforation osseuse.

La maladie a suivi son cours malgré un traitement mercuriel intensif: 130 injections de biiodure suivies d'injections d'huile grise, sans préjudice de l'ingestion de pilules dans leurs intervalles, n'ont pas empêché le développement des graves lésions que nous venons d'énumérer.

Il y aura lieu de rechercher si ce caractère grave tient soit à une prédisposition, soit à une hygiène fautive, soit à une suractivité du virus originaire de Nouméa; nos médecins résidents de cette colonie pourront nous renseigner à ce sujet.

M. JEANSELME. — La question de la virulence exotique a été résolue surtout théoriquement; ordinairement il y a peu de différence entre la syphilis européenne et la syphilis exotique. J'ai cependant vu un cas de syphilis contracté au Maroc ayant commencé par un chancre phagédénique suivi d'une exostose éburnée persistante et mort enfin des accidents de syphilis cérébrale qui l'emportèrent. Dans ces cas j'ai vu le mercure ne plus agir et l'iodure à la dose de 4, 6, 8 grammes, faire disparaître les accidents.

M. LEREDDE. — Lorsqu'on donne du mercure à un syphilitique anémié, le sang revient d'abord à la constitution normale, puis l'anémie se produit de nouveau. Il faudrait donc interrompre et faire des traitements courts, intenses et répétés.

M. DANLOS. — Le malade de M. Hallopeau a eu dans les derniers mois une centaine de piqûres, il a pris des pilules, et ses accidents ont évolué, donc le mercure n'a pas agi chez lui à titre préventif. Quant aux syphilides exotiques, elles sont souvent compliquées par le paludisme qui constitue alors un facteur de gravité.

M. E. FOURNIER. — Le malade n'a guère eu que cinq mois de traitement en 28 mois; il y a donc eu plutôt traitement minime.

M. HALLOPEAU. — Le traitement a été intense à la fin, les accidents ont évolué à la fin du traitement.

M. LEREDDE. — Il est évident que la dose doit être considérée et que le mercure agit le plus souvent de façon suffisante quand le traitement est bien conduit.

M. DANLOS. — Bien que très rationnel, l'effet préventif du mercure est souvent contestable. Il est assez commun de voir soit peu après un traitement régulier, soit même au cours du traitement, reparaitre des syphilides secondaires (plaques, etc.).

J'ai rapporté, il y a quelques années, à la Société des hôpitaux, le cas de deux malades traités énergiquement à *titre préventif*, chez lesquels au cours même du traitement se produisirent des accidents graves. L'un, après 60 piqûres de calomel faites à Saint-Louis, se mit à perdre les os du nez, et vingt nouvelles injections ne purent enrayer le processus. L'autre, âgé de moins de 30 ans, après avoir reçu, en l'espace de 2 ans, 100 injections d'huile grise, fut pris au vingt-sixième mois de la maladie, d'une hémiplegie organique. Le malade de M. Hallopeau semble, lui aussi, avoir été traité activement dans les derniers mois qui ont précédé sa nécrose.

M. MILLAN. — Les faits relatés par M. Danlos sont évidemment des cas d'exception ou plutôt peut-être des cas où le traitement n'a pas été conduit avec assez de ténacité et d'intensité. L'action préventive du mercure est difficilement niable. On voit souvent des syphilides récidiver pendant des mois ou des années tant qu'elles sont soumises à un traitement insuffisant ou interrompu dès que la cicatrisation est obtenue. Ces syphilides rebelles et récidivantes cessent définitivement le jour où on prescrit le traitement par injections à doses suffisantes et suffisamment prolongées.

M. E. FOURNIER. — Je voudrais défendre l'action préventive du mercure en produisant un argument qui me paraît véritablement irréfutable.

Dans certains ménages où le mari seul est syphilitique, on voit fréquemment la femme faire une série de fausses couches, et cela *jusqu'au jour où le mari est soumis à un traitement mercuriel*. A partir de ce moment les grossesses arrivent à terme et donnent presque toujours naissance à des enfants sains et bien portants. Dans les notes de mon père j'ai trouvé un très grand nombre d'observations de cet ordre et je crois qu'il y a là la démonstration péremptoire de cette influence préventive du mercure.

M. LENGLET. — Il semble que la discussion puisse se résumer ainsi : il y a deux ordres de faits bien distincts, d'un côté les cas de syphilis les plus communs qui sont influencés au maximum par le mercure et pour lesquels personne ne discutera ici l'action préventive et curative du mercure ; d'un autre côté des faits rares, mais que chacun des membres de cette Société a rencontrés, dans lesquels l'action du mercure échoue aussi bien à titre préventif que curatif et qui peuvent être guéris par l'iodure ou lui résister comme ils résistent au mercure. Ces faits sont rares, mais il importe de les connaître et ils n'infliment en rien la valeur de la thérapeutique mercurielle préventive en général.

M. GASTOU. — Quels sont, d'après M. Jeanselme, les facteurs de gravité de la syphilis exotique?

M. E. JEANSELME. — D'une manière générale, la syphilis de provenance indigène, chez le blanc, n'est pas plus grave que la syphilis d'origine européenne. La vérole, dans les races de couleurs, se cantonne à la peau et au squelette. Elle mutile les extrémités et parfois la face, mais elle respecte les viscères et le système nerveux. Le tabes et la paralysie générale sont d'une extrême rareté dans les races jaunes et noires. Bien que mon attention ait été attirée sur ce point, il ne m'a pas été donné de relever un seul cas d'accidents parasymphilitiques sur les indigènes en Extrême-Orient. Ces complications lointaines de la vérole ne sont pourtant pas propres à la race blanche; on peut les observer chez les Japonais, et même chez les Arabes, quand ils vivent à l'européenne et surmènent leur système nerveux.

M. HALLOPEAU. — Chez ce malade l'iodure n'a pas plus agi que le mercure. Je ne crois pas à la spécialisation de la race, les tabétiques sont rares partout: dans l'immense clientèle de syphilitiques de Saint-Louis, il n'y a qu'un petit nombre de tabétiques.

M. JEANSELME. — Il ne faut pas faire, de ce fait, une question d'impression individuelle, mais juger d'après les statistiques et d'après l'opinion des médecins qui dirigent les services hospitaliers des pays exotiques. Ils répondent que le tabes, la paralysie générale se développent à mesure que la civilisation pénètre dans ces pays et que la totalité ou la presque totalité de leurs syphilis nerveuses frappent les Européens.

M. LENGLET. — L'absence presque totale de tabétiques et de paralytiques généraux à la consultation de Saint-Louis est due exclusivement au recrutement des malades, les maladies cutanées viennent à Saint-Louis, les nerveuses vont dans les hôpitaux spéciaux. On est au contraire frappé du nombre d'anciens syphilitiques que l'on rencontre dans la clientèle de ces hôpitaux.

Sarcomatose primitive multiple de la peau.

Rectification de diagnostic.

Par MM. BALZER, MERLE, et RUBENS DUVAL.

Ce malade a déjà été présenté à la Société le 5 juillet 1906 (1), pour des lésions cutanées chroniques, disséminées, caractérisées par des nodules rougeâtres, siégeant surtout à la jambe et au pied gauche. Ces lésions parurent de nature tuberculeuse, elles s'accompagnaient de lymphorrhagie abondante à chaque cautérisation ignée que l'on pratiquait alors sur les nodules.

Le malade, à ce moment, n'était pas hospitalisé et ce n'est qu'en novembre dernier, qu'une biopsie faite par M. Rubens Duval au

(1) *Lupus avec lymphangiectasies et lymphorrhagies*, par MM. Balzer et Poisot. *Soc. franc. de Derm.*, 5 juillet 1906.

niveau d'un des nodules de la face dorsale du pied, montra qu'il s'agissait en réalité de sarcomatose cutanée.

Nous résumerons les faits cliniques déjà publiés dans le numéro de juillet 1906 des *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, en indiquant les modifications survenues depuis cette époque et l'état actuel des lésions.

Il s'agit d'un homme de 64 ans, originaire de Zurich, imprimeur, qui ne présente aucun antécédent morbide notable à signaler. L'état général est satisfaisant et l'on ne trouve aucun symptôme pouvant faire penser à une tumeur primitive dont les lésions cutanées dépendraient.

Le sommet droit présente cependant toujours actuellement une respiration un peu soufflante, le malade s'enrhume facilement l'hiver : ce fait avait contribué à faire accepter le diagnostic de lupus pour les lésions cutanées.

Le début réel de l'affection remonte à décembre 1905 par une rougeur diffuse et œdémateuse du pied et de la jambe gauches, puis par l'apparition de nodules à la racine des orteils, qui se réunirent et donnèrent lieu à une exulcération superficielle qui laissait suinter une grande quantité de liquide séreux. Cette ulcération était encore marquée lors de la première présentation. Sa présence contribua pour beaucoup au diagnostic de lupus, surtout si l'on se rappelle qu'elle fut précédée, depuis trois ans au moins, d'une petite plaque rouge aplatie qui demeura à peu près stationnaire jusqu'à l'apparition des nodules. Cette exulcération a été traitée pendant les deux séjours successifs que le malade fit à l'hôpital Saint-Louis, principalement par des pansements à l'alun, et la guérison en est actuellement complète : la place qu'elle occupait est néanmoins le siège de nodules sarcomateux.

En même temps que ces lésions à la racine des orteils, apparurent de grands placards érythémateux non prurigineux sur la face dorsale du pied et le tiers inférieur de la jambe sur lesquels se développèrent les nodules sarcomateux qui constituent les éléments principaux de l'affection. C'est sur l'un de ces éléments qu'a été pratiquée la biopsie et c'est à leur niveau que se sont produites les principales modifications pendant l'évolution de la maladie.

Au moment de la première présentation ils étaient en très grand nombre à la face dorsale du pied, confluent dans la région du cou-de-pied et à la racine des orteils ; ils ont, par la suite, beaucoup diminué de nombre et de volume : on n'en rencontre plus que quelques-uns à la base des orteils, les plus volumineux cependant persistent sur la face dorsale du cou-de-pied, sans grandes modifications. Pendant le cours de la maladie on a pu observer des poussées nodulaires déjà notées lors de la première présentation à la face plantaire, sur son bord interne. Certains nodules spécialement remarqués et suivis par le malade, ont complètement disparu. On ne retrouve plus actuellement les ampoules rougeâtres, molles, signalées au début et qui étaient susceptibles de se réduire sous la pression du doigt. Toutes les tumeurs sont actuellement résistantes au toucher, présentant une surface lisse, un aspect presque brillant et une coloration d'un rouge assez vif, qui paraît ainsi remplacer la couleur plus violacée du début. Ces effets dépendent pour beaucoup du repos au lit ; les nodules en même temps, présentent moins de lymphorrhagie après les galvano-cautérisations capables, comme dans les

premiers temps, d'imbiber complètement un pansement et de mouiller le lit du malade. Tout au plus, lors des dernières cautérisations, existait-il une légère exsudation séreuse et sanguinolente. Rappelons que ce liquide si abondant, qui s'écoulait des nodules cautérisés, se coagulait spontanément, était pauvre en éléments figurés et qu'on n'y trouva pas de bacilles de Koch.

La cautérisation des nodules sarcomateux a réussi à en détruire un certain nombre : notamment au niveau de la jambe où ils sont remplacés par de petites taches brunes, mais d'autres ont repoussé malgré la cautérisation, comme on peut s'en assurer en appréciant le relief par une palpation légère.

L'ensemble du pied et de la jambe est également beaucoup moins rouge et œdématié qu'au début, sans doute un peu grâce au repos prolongé ; les téguments présentent cependant une teinte rose assez marquée et les tissus une consistance un peu anormale.

Ces modifications et cette amélioration ont paru surtout manifestes après le traitement arsenical institué peu après l'examen histologique. On donna d'abord pendant trois semaines un centigramme, puis un centigramme et demi d'arséniate de soude, en solution, par voie digestive, puis on associa une injection quotidienne de un centigramme d'arséniate de soude : ce traitement est pratiqué depuis les premiers jours de décembre.

L'adénopathie très marquée, signalée dans le triangle de Scarpa lors de la première observation, est maintenant très peu sensible.

A côté de ces lésions du pied et de la jambe gauches qui constituent l'élément principal de l'affection et qui sont les seules manifestations qui aient inquiété le malade, on trouve par l'examen systématique, des éléments qui semblent être de même nature que les précédents. Il est cependant difficile de se prononcer exactement sur leur évolution : la plupart, vu leur peu d'importance, leur indolence et l'absence de tout phénomène subjectif à leur niveau, ont passé inaperçus au malade.

A la jambe et au pied droits : dans la région sus-malléolaire, plusieurs macules brunes, pigmentées, confluentes, sont restées semblables depuis longtemps, leur apparition remontant à trois ou quatre ans ; elles sont actuellement dans le même état qu'au moment du premier examen.

A la main gauche, il existait au niveau du carpe, dans les premier et deuxième espaces interosseux, des placards rouge violacé et saillants. Ils ont actuellement presque complètement disparu, leur coloration est toujours un peu livide, mais ils ne font plus aucun relief sur la peau. On trouve encore à la face postérieure du bras gauche trois ou quatre petits nodules présentant une coloration jaunâtre avec légère infiltration, d'autres éléments signalés à l'avant-bras gauche semblent avoir disparu actuellement. Ces éléments du membre supérieur gauche ont toujours été très peu marqués et ils ont nettement rétrogradé depuis quelques mois. On trouve cependant toujours, dans l'aisselle gauche, quelques petits ganglions appliqués sur la partie thoracique.

Au membre supérieur droit, au-dessus de la tabatière, des nodules signalés il ne reste que de petites macules érythémateuses, mais les éléments de l'avant-bras, face antérieure, larges comme une pièce de

2 francs, avec des portions saillantes et jaunâtres, et, du bras, face postérieure, également jaunâtres et infiltrés, sont restés stationnaires.

Les lésions des membres supérieurs sont toujours demeurées complètement indolentes, mais celles du pied et de la jambe gauches, par suite de l'infiltration des téguments, provoquent parfois une tension et une sensation de gêne qui rendent la marche très pénible.

Il est apparu, il y a un mois environ, une douleur assez vive et continue, localisée au bord externe du pied, qui empêchait le malade de s'appuyer, même légèrement, sur son membre malade. Cette douleur est actuellement disparue.

Cliniquement, l'affection dont souffre notre malade se rapproche assez exactement des *sarcomes cutanés multiples idiopathiques* ; variété décrite pour la première fois par Kaposi, en 1870, et constituant un des trois types de sarcomes généralisés primitifs de la peau, que distingue Perrin dans son article de la *Pratique dermatologique*. On désigne ordinairement cette variété sous le nom de sarcomatose primitive multiple de la peau. Nous retrouvons chez notre malade un grand nombre des caractères indiqués par ces auteurs. Début par les extrémités et par des placards rouges sur lesquels se développent les nodules ; nodosité intradermique, volume, coloration violacée ou rougeâtre, consistance et évolution habituels de ces nodules ; œdème dur et gonflement particulier des téguments au niveau des régions atteintes. La tête, jusqu'à présent, a été respectée, ainsi que le tronc.

La sarcomatose primitive du type Kaposi est le plus souvent systématisée et symétrique ; chez notre malade, les éléments que nous avons signalés au cou-de-pied droit peuvent être considérés comme faisant pendant à ceux du pied gauche, mais à cet endroit la néoplasie ne s'est pas développée et n'a pas abouti à la formation de tumeurs aussi caractérisées que celles du pied gauche.

La sarcomatose a pris des aspects assez variés suivant les points et qui pourraient facilement induire en erreur. Au pied et sur la jambe gauches on voit des *nodosités* intradermiques plus ou moins enchâssées dans l'épiderme, ou plus ou moins saillantes, d'un aspect vraiment caractéristique par leur forme arrondie, leur couleur rouge ou violacée et leur consistance. L'*œdème dur* du pied gauche qui nous avait primitivement induit en erreur, n'existe presque plus depuis que le malade garde le repos au lit ; quant aux ectasies lymphatiques, elles sont sans doute, aussi, beaucoup moins appréciables, pour la même raison, et les nodosités saillantes ne sont pas réductibles comme elles l'étaient jadis. Sur le pied et sur la jambe droits, sur les mains et les avant-bras, on ne voit pas de nodosités, mais des *placards lisses*, presque sans épaisseur ni infiltration apparentes, de couleur violacée ou cyanotique sur les mains, pigmentés

légèrement sur les pieds et les jambes. Aux bras, l'infiltration est parfois extrêmement superficielle, diffuse, presque sans changement de coloration à la peau.

Le nombre des diverses nodosités ou infiltrations est considérable, surtout aux membres inférieurs, beaucoup moindre aux supérieurs; le tronc et la tête, jusqu'à présent, sont respectés.

Depuis que le malade ne marche plus, les lymphorrhagies ont cessé, l'œdème a beaucoup diminué. Quant à l'eczématisation de la région du cou-de-pied, elle a presque complètement cessé sous l'influence des compresses imbibées avec la solution d'alun à 1 p. 100. Nous devons rappeler ici que les lymphangiectasies, assez rares dans la sarcomatose cutanée, ont été récemment signalées dans un cas observé par M. Pelagatti (1). Un des malades signalés par cet auteur présentait aussi de l'eczématisation des régions atteintes par la sarcomatose.

L'état général de notre malade reste bon jusqu'à présent, et nous espérons pouvoir continuer pendant longtemps le traitement arsenical, malgré l'apparition de quelques troubles digestifs. Ce traitement, d'ailleurs, sera associé à d'autres méthodes telles que la radiothérapie, la photothérapie et les pansements externes. Malgré ses résultats encore incomplets, nous avons cru devoir apporter ici cette observation, surtout pour *rectifier le diagnostic* émis à la séance de juillet 1906.

EXAMEN PRATIQUE PAR M. RUBENS DUVAL AU LABORATOIRE MUNICIPAL DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS.

Le 2 novembre, il a été pratiqué deux biopsies. L'une comprenait un élément d'apparition récente, isolé, affectant l'aspect d'une papule dermique à peine en relief à la partie inféro-externe de la jambe, l'autre intéressait une saillie hémisphérique haute de 5 à 6 millimètres, lésion déjà ancienne de la face dorsale du pied.

Toutes deux ont été fixées et colorées suivant les techniques de Dominici.

Contrairement à ce qu'on aurait pu penser, les mêmes lésions ont été notées au niveau des deux biopsies, qu'il n'y a donc pas lieu de décrire séparément. Toutes deux se montrent constituées par un tégument sclérosé dans le derme duquel se sont développées des néoformations nodulaires.

Les nodules, arrondis, sont situés en plein derme. En certains points ils se rapprochent beaucoup de l'épiderme, mais ils n'arrivent nulle part à son contact immédiat.

Le derme, épais, ne saurait être distingué de l'hypoderme sclérosé. Le corps papillaire participe à la sclérose générale du tégument; il est en outre aplati entre le tissu de néoformation et la face inférieure de l'épiderme. Ses papilles sont, par suite, moins nombreuses et moins développées, au niveau

(1) PELAGATTI. *Sul sarcoma mollepllice primitivo de Kaposi* (Giorn. ital. delle mal. vener. e della pelle, 1905, fasc. 5, p. 569).

des nodules, qu'en dehors d'eux. A cet aplatissement du corps papillaire et à cette réduction des papilles (faible au niveau de la biopsie du dos du pied ; très accusée au niveau de celle de la partie inféro-externe de la jambe) correspond une nivellation proportionnelle de la face inférieure de l'épiderme et une diminution corrélatrice des cônes interpapillaires.

Mais ce sont là des phénomènes accessoires ainsi que l'acanthose que présente l'épiderme et qu'il suffit de signaler. Toutefois, avant d'aborder l'étude du tissu néoformé, il y a lieu d'insister sur le nombre et le volume considérables des vaisseaux dilatés et à parois minces, qui serpentent, très superficiellement situés sous l'épiderme, entre celui-ci et les formations nodulaires. De ces vaisseaux, la plupart sont des capillaires sanguins contenant relativement peu de globules rouges, les autres sont de *larges lymphatiques* renfermant une lymphe pauvre en éléments cellulaires et riche en fibrine. Les lymphatiques de la peau sont donc *ectasiés*, mais on n'en rencontre qu'en dehors des nodules, à la surface ou dans les intervalles de ceux-ci.

Le tissu néoformé, situé dans le derme et l'hypoderme confondus en une gangue scléreuse, est, comme nous l'avons dit, agencé en nodules. Ceux-ci présentent un aspect *fasciculé*. Les faisceaux coupés en long forment des bandes plus ou moins larges qui s'unissent entre elles, formant un réseau irrégulier dont les mailles sont occupées par d'autres faisceaux coupés transversalement ou suivant des incidences variées. Les faisceaux sont centrés par un vaisseau sanguin et sont constitués par des cellules allongées suivant la direction de l'axe vasculaire.

Ces cellules présentent toutes le même type. En coupe longitudinale, elles apparaissent comme de longues cellules conjonctives fusiformes munies d'un noyau ovalaire allongé suivant l'axe de la cellule. Leur protoplasme, hypertrophié, nettement basophile, est clair et transparent, d'une manière générale, sauf dans la zone juxta-nucléaire où il est grenu et retient assez vivement les réactifs colorants.

Leur noyau, assez foncé, légèrement augmenté de volume, possède de nombreux et très fins granules chromatiniens et un ou deux nucléoles (quelquefois quatre ou cinq) très nets, mais de dimensions modérées.

Les karyokinèses sont peu nombreuses. Elles se font suivant un type régulier et les cellules-filles se disposent, bout à bout, suivant la direction de la cellule-mère.

Les cellules fusiformes sont groupées en faisceaux mais séparées les unes des autres par de fines fibrilles conjonctives.

En coupe transversale, les cellules présentent une section de forme arrondie ou plus ou moins polygonale, par pression réciproque des cellules entre elles. Plus encore que leur longueur, l'épaisseur des cellules, ainsi mise en évidence, témoigne de l'hypertrophie de leur protoplasme. Le noyau, quand il est intéressé par la coupe, montre une section arrondie. Il est toujours situé au centre de l'élément et entouré d'une couche de protoplasme très finement grenu et plus coloré que le reste du protoplasme de la cellule. Chaque cellule est entourée d'une gaine conjonctive collagène extrêmement mince.

A l'hypertrophie marquée de leur protoplasme, légère de leur noyau et de leurs nucléoles, aux karyokinèses qu'elles présentent, à l'uniformité surtout de leur type, à l'exclusion de toute autre forme cellulaire, on recon-

naît que de telles cellules conjonctives ont subi une transformation néoplasique, c'est-à-dire qu'elles sont devenues sarcomateuses. Ces cellules sarcomateuses sont disposées en faisceaux. Nous pouvons donc dire, dès maintenant, qu'il s'agit d'un *sarcome fasciculé à cellules fusiformes*.

Les cellules sarcomateuses ne sont pas seulement assemblées en faisceaux; elles sont encore orientées par rapport à un axe vasculaire. Celui-ci est un vaisseau sanguin, généralement volumineux. Son endothélium est tuméfié et tend à prendre aussi le type néoplasique. La paroi du vaisseau peut être réduite à l'endothélium hypertrophié. Le plus souvent il possède en outre une ou deux rangées de cellules conjonctives qui, elles aussi, subissent un début d'évolution sarcomateuse (1).

Toutes ces cellules sont séparées les unes des autres par un fin réticulum de fibrilles conjonctives. De fortes fibres conjonctives engainent le vaisseau, formant, sur les coupes transversales, un anneau de collagène toujours très net. C'est à cet anneau que se raccordent les fibres conjonctives qui enlacent les cellules constituant de la paroi vasculaire; c'est de cet anneau que partent les travées conjonctives plus ou moins épaisses qui divisent le faisceau sarcomateux en fascicules secondaires. De ces travées enfin, partent de fines fibrilles collagènes qui enveloppent les cellules fusiformes dont l'assemblage forme les fascicules.

A la périphérie le faisceau sarcomateux est séparé des autres faisceaux par une quantité variable de tissu conjonctif, abondante ici, et, là, minime. Ces formations conjonctives interfasciculaires correspondent à des restes du tissu fibreux dermique englobés dans la néoplasie sarcomateuse. Ce qui en est une preuve, c'est que l'on y rencontre çà et là des fibres élastiques se raccordant, à la périphérie, aux fibres élastiques du derme. Dans tous les autres points de la zone sarcomateuse, les fibres élastiques font défaut.

Les formations conjonctives intrafasciculaires et périvasculaires font au contraire partie du plan de structure de ce sarcome.

Nous avons dit que les faisceaux sarcomateux étaient plus ou moins larges. Parmi les moins épais sont ceux que l'on trouve en quelques points de la périphérie du néoplasme, là où des vaisseaux sanguins sont entourés de deux ou trois assises seulement de cellules sarcomateuses et semblent être les zones d'extension ou de début du sarcome.

En résumé, la tumeur, que nous avons examinée, est un *sarcome fasciculé* développé autour d'axes vasculaires sanguins. Nous devons dire *sarcome* parce que cette tumeur est constituée par des cellules conjonctives déviées du type cellulaire normal dont elles dérivent et proliférant d'une manière autonome pour constituer un tissu néoplasique. Mais si tout sarcome doit être considéré comme une tumeur maligne, il est des degrés de gravité parmi les sarcomes. Or, celui-ci ne présente pas des caractères demalignité très accusés. En effet, ses cellules, bien que déviées du type normal des cellules conjonctives fusiformes, s'en écartent assez peu. Leur protoplasme n'est pas très hypertrophié, les noyaux surtout, dont la chromatine reste

(1) A l'encontre de l'opinion classique, nous admettons avec M. Dominici que les cellules sarcomateuses ne se substituent pas aux cellules des parois vasculaires, mais que ce sont les cellules conjonctives mêmes de ces parois qui évoluent suivant le type sarcomateux.

constituée par de fins granules, le sont peu ; les nucléoles enfin demeurent assez petits. Les karyokinèses sont peu nombreuses, partout du type régulier. L'individualisation des cellules n'est pas poussée fort loin ; elles restent groupées en faisceaux, s'ordonnent par rapport à des axes vasculaires, continuent enfin de s'entourer d'une gaine conjonctive. Tous ces signes atténuent la gravité du diagnostic de sarcome et l'on doit dire qu'il s'agit là d'une variété de sarcome relativement peu maligne.

L'interprétation que nous venons de donner de ce cas particulier de sarcome est conforme aux idées générales de notre maître Dominici sur l'histopathologie des tumeurs conjonctives.

Sporotrichoses, présentation de malade.

Par MM. DANLOS, DEROYE et GOUGEROT.

Ce malade, atteint de sporotrichose hypodermique et dermique due au *Sporotrichum Beurmanni*, est le troisième malade (1) qui a servi à l'étude des sporotrichoses hypodermiques, publiée par l'un de nous, en collaboration avec M. De Beurmann. C'est un exemple typique de la forme gommeuse à foyers multiples, isolée par MM. De Beurmann et Ramond, en 1903.

OBSERVATION. — A son entrée dans le service, 17 octobre 1906, le malade est resté pâle et amaigri, l'air fatigué ; des anciens foyers, plusieurs ont régressé, la plupart, qui semblaient guéris à son départ de la salle Cazenave se sont ranimés, ont augmenté et de nouvelles lésions sont apparues qui, récentes, sont encore au stade de gomme. La cause de cette rechute et de ces récives est peut-être la négligence du malade qui ne prit pas soin de continuer le traitement ioduré ; pareille mésaventure était arrivée au malade de MM. De Beurmann et Ramond (1903), et pour les mêmes raisons.

Au 1^{er} janvier 1907 on compte dix abcès ou gommages ayant une évolution chronique indolore vers la suppuration froide, sans retentissement sur l'état général :

Au membre supérieur gauche, on constate encore les deux abcès anciens, l'un à la face externe du bras (C), au-dessous de l'insertion deltoïdienne qui se présente sous forme de fente croûteuse à bords amincis et décollés dans l'étendue de 7 à 8 millimètres environ ; l'autre, à la face antéro-externe de l'avant-bras, grandissant peu à peu, est devenu un grand abcès allongé, d'environ 10 centimètres (D).

A l'avant-bras droit, deux nouvelles gommages ont apparu à la partie postérieure et supérieure de chaque côté de la crête cubitale. Elles sont petites, de 10 à 20 millimètres, en voie de suppuration.

A la plante du pied droit, près du bord interne, et à la partie

(1) DE BEURMANN et GOUGEROT. Les sporotrichoses hypodermiques. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, octobre 1906, p. 837, observation III, p. 847.

moyenne se voit l'abcès sous-cutané qui avait été incisé; une petite croûte cache l'incision presque refermée. La pression de la poche fait sourdre difficilement une gouttelette de pus visqueux, blanchâtre, un stylet rentre à plus d'un centimètre de profondeur. A 18 à 20 centimètres au-dessus du talon droit sur le côté externe, s'est développée une petite gomme encore indurée d'environ 15 millimètres, plus haut, au milieu de la face postérieure de la jambe dans la gouttière des jumeaux le long du paquet vasculo-nerveux, on sent une nodosité allongée, dure, de 25 à 30 millimètres. Sur la cuisse droite, on constate quatre nodosités dures (E); une plus grande, à la face antérieure, les trois autres sur le trajet des vaisseaux fémoraux. Leur échelonnement fait penser à une ébauche de lymphangite gommeuse ascendante, car entre elles on sentait à l'entrée une sorte de cordon. Les nodosités de la cuisse, comme celles de la jambe, sont totalement indépendantes de la peau qui joue librement sur elles. Elles sont ou paraissent adhérentes à l'aponévrose d'enveloppe.

Aux deux jambes sont localisées des lésions *dermiques* nodulaires sporotrichosiques rouge violacé, à centre croûteux; on voit, en outre, disséminées, des cicatrices d'anciens abcès incisés ou ulcérés, savoir :

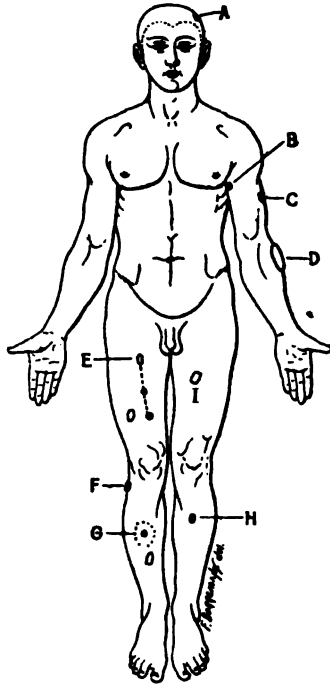
1° Une à la face antérieure de la cuisse gauche, polycyclique et pigmentée, syphiloïde d'aspect (I);

2° d'autres, plus petites, à la jambe droite, dont une remarquable par sa pigmentation et surtout par une auréole de points satellites pigmentés et cicatriciels (G. F);

3° A la tempe gauche, une cicatrice syphiloïde (A) grande comme une pièce de vingt sous, à fond rouge encore et légèrement squameux sans adhérence au squelette. Mentionnons encore un nodule intradermique lenticulaire (B), indolent, ignoré du malade, et sans changement de couleur de la peau. Il siège à la face interne du bras gauche, au-dessous de l'aisselle et ne se rattache peut-être pas à la sporotrichose.

Dans ces lésions hypodermiques et dermiques, le même germe a été retrouvé : *Sporotrichum Beurmanni* γ. Un abcès fut ponctionné, le pus était clair, presque citrin, à peine trouble; centrifugé, il s'est montré formé de polynucléaires et de macrophages; les figures parasitaires restent toujours douteuses; cependant, la connaissance des formes globuleuses du parasite dans les lésions du rat et dans la phagocytose intrapéritonéale du cobaye, nous fait croire que certaines inclusions ovalaires, cerclées d'une sorte de membrane incolore et fine, à l'intérieur des macrophages et de polynucléaires, sont des sporotricha. Cultivé sur quatre tubes, le pus a donné trois cultures pures et une mêlée de quelques colonies de staphylocoque doré. Les colonies petites ont noirci vers le dixième jour et se sont finement circonvolvées, devenant identiques aux cultures du mois d'août 1906.

Depuis la rentrée à l'hôpital, aucun traitement général sérieux n'a été fait; et en particulier, il n'a pas été donné d'iodure, dont le malade prétendait à tort (*voir le mémoire cité*) n'avoir éprouvé aucun bon effet. En raison de la débilitation générale, on a donné seulement du sirop d'iodure de fer. Malgré cette absence de traitement, une régression manifeste des éléments constatés à l'entrée s'est produite; en particulier les nodules de la cuisse droite ont diminué et le cordon qui les reliait a cessé d'être perceptible. L'abcès du bras



gauche, aussi volumineux à l'entrée qu'aujourd'hui, s'était lui-même résorbé au point d'être à peine perceptible. C'est peut-être à la suite d'une ponction pratiquée avant sa disparition totale pour une culture de vérification qu'il a repris son volume primitif. Ces deux particularités, régression spontanée générale, retour offensif de l'abcès ponctionné, sont les seules dignes d'être notées dans l'évolution locale de la maladie depuis le 13 octobre. L'état général est resté mauvais et même a sensiblement baissé, sans malaise portant plus spécialement sur un organe. Pas de fièvre, pas d'albuminurie, rien au cœur. Pas d'indice de tuberculose, simplement quelques râles de bronchite chronique aux bases.

Sporotrichoses, présentation de cultures, pièces humaines et expérimentales.

Par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.

(TRAVAIL DU LABORATOIRE DU D^r SABOURAUD.)

Dans un travail récent (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, octobre, novembre et décembre 1906), nous avons fait l'étude des sporotrichoses hypodermiques rappelant un cas ancien (De Beurmann et Ramond, 1903), et ajoutant deux cas nouveaux, tous trois dus au *Sporotrichum Beurmanni*. Ce sont les pièces de cette étude que nous désirons présenter aujourd'hui à la Société : cultures sur différents milieux artificiels et naturels ; frottis ; gouttes pendantes et « lames sèches » ; lésions humaines et lésions expérimentales. Un hasard heureux a fait rentrer notre troisième malade (1) dans le service de M. Danlos, qui, il y a un instant, vous l'a présenté (2) ; à propos de ce cas clinique si caractéristique, nous apportons, pour le compléter, les documents bactériologiques, histologiques et expérimentaux.

Les sporotrichoses, mycoses dues à des sporotricha, commencent à prendre place parmi les mycoses hypodermiques. Longtemps prises pour des gommes syphilitiques, elles sont peut-être moins rares qu'on ne le croit et les trois cas connus de sporotrichose gommeuse hypodermique à foyers multiples (type isolé par l'un de nous avec Ramond, en 1903), ont été observés dans notre service, sans doute parce que notre attention étant attirée sur ces faits, nous ne négligions pas la culture, seul moyen certain d'affirmer la mycose, que la clinique avait soupçonnée. Le diagnostic clinique nous semble maintenant possible et nous en voulons pour preuve notre troisième cas, où le diagnostic de sporotrichose fut porté à la consultation de l'hôpital Saint-Louis et opposé au diagnostic de syphilis ; la culture, quelques jours après, le confirmait. Ce diagnostic s'appuie sur les caractères suivants : éruption monomorphe de gommes sous-cutanées disséminées, évolution en trois stades (nodosité indurée, ramollissement, abcès) accroissement rapide et suppuration précoce en 6 à 8 semaines, gommes plus nombreuses et plus grosses que les gommes syphilitiques, immobilisation de l'abcès sans tendance spontanée à l'ulcération, sans envahissement de l'épiderme (ulcération artificielle et post-opératoire), évolution chronique indolore sans retentissement sur l'état général, régression par le traitement ioduré. La confusion a dû être faite jusqu'ici avec les gommes syphi-

(1) Troisième observation : in *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, oct. 1906, p. 847.

(2) Nous ne saurions trop remercier M. Danlos d'avoir bien voulu présenter ce malade, et de nous avoir permis d'en continuer l'étude.

litiques, elle est d'ailleurs, en pratique, sans importance, car l'iodure prescrit au syphilitique est un traitement quasi-spécifique de cette mycose. La culture sera faite avec le pus pris par ponction à la seringue de Pravaz, sur gélose glycosée de Sabouraud et sur carotte glycinée, milieux de choix. Sur les tubes laissés à la température du laboratoire apparaîtront du 6^e au 10^e jour, de petites colonies blanches qui, peu à peu, se circonvoient finement et brunissent en vieillissant. Les cultures, dont voici de nombreux échantillons, sont caractéristiques, avec leurs fines circonvolutions. Un frottis coloré au bleu montre des filaments ramifiés irrégulièrement et de nombreuses spores ovoïdes attachées séparément par un court pédicule sur les filaments, disséminées ou agglomérées en bouquets. L'étude des gouttes pendantes, ou avec notre technique des « lames sèches » (*Annales*, p. 856), préciserait en cas de doute la disposition des spores sur les filaments et permettrait l'identification. La culture est le seul moyen pratique de diagnostic ; les formes parasitaires rencontrées dans le pus (examen direct), sont trop douteuses pour servir au diagnostic. Les lésions histologiques très spéciales sont proches des réactions syphilitiques et tuberculeuses : ces coupes en témoignent.

Le diagnostic posé impose le traitement ioduré, qui, en quelques jours, fait régresser et disparaître abcès et nodosités. Mais ce traitement *doit être continué* après la disparition clinique des lésions, sinon la récurrence est de règle, témoin le premier malade de Ramond, et le dernier qui, cessant le traitement, doit entrer dans le service de M. Danlos, pour de nouveaux abcès. Au contraire, notre malade Z..., qui voulut bien se soumettre à ce traitement prolongé, est resté indemne de récurrence et le malade de MM. De Beurmann et Ramond, devenant plus docile, finit par guérir.

Le rôle pathogène et la spécificité du *Sporotrichum Beurmanni* ont été surabondamment prouvés par les cultures successives de toute une série de lésions sur trois malades différents, à plusieurs semaines et mois d'intervalle. C'est encore le même parasite que l'un de nous a retrouvé en décembre 1906 dans les lésions hypodermiques ou dermiques de notre troisième malade, que M. Danlos vient de vous présenter. La reproduction expérimentale est enfin la preuve incontestable : nous rappelons que sur deux cobayes nous avons obtenu des métastases hypodermiques et que sur la patte du rat nous avons obtenu des formes parasitaires incontestables : les préparations que nous présentons ne laissent aucun doute, nous insistons sur ce point, car jusqu'ici dans le pus humain, dans les lésions humaines et du cobaye, les formes parasitaires étaient douteuses, difficiles à distinguer des débris nucléaires pyknotiques et des globules rouges phagocytés. Cependant la connaissance des formes dégénérées du

parasite dans le pus du rat et dans la phagocytose intrapéritoniale du cobaye (dont voici quelques échantillons), reliées aux formes incontestables du parasite par toute une série de transitions, nous fait maintenant admettre comme sporotricha certaines inclusions à l'intérieur des macrophages, des cellules géantes et de quelques polynucléaires.

Voici des échantillons de nos diverses races α (1903), β , γ (1906), de *Sporotrichum Beurmanni* (1), sur milieux différents. L'identité, vous le voyez, est complète entre β et γ , les différences entre α et β sont minimales, α étant moins riche en pigment. La structure microscopique est identique. Comme termes de comparaison nous vous présentons les préparations du *Sporotrichum Dori* (1906) (la culture étant malheureusement perdue); les cultures et préparations du *Sporotrichum Schenkii* que le professeur Hektœn (de Chicago) a bien voulu nous envoyer et qui donne des lymphangites gommeuses sporotrichosiques. L'aspect des cultures est un peu différent et, par exemple, sur ces deux tubes à colonies de même âge, sur même milieu, le *Sporotrichum Schenkii* donne des gouttelettes blanches, épaisses, opaques, presque lisses; le *Sporotrichum Beurmanni*, de petits cônes finement plissés, rayonnés, à centre brun noirâtre. Microscopiquement, les deux parasites paraissent avoir été identiques, mais actuellement, le *Sporotrichum Schenkii* de Hektœn a perdu la faculté de donner des spores: c'est un mycélium sans conidies externes. Nous croyons que le *Sporotrichum Dori* se sépare nettement du *Sporotrichum Beurmanni*, mais nous ne savons encore quelles sont les relations des *Sporotrichum Schenkii* et *S. Beurmanni*. Nous avons tenu à vous montrer la série de tous les sporotricha pathogènes connus à titre comparatif.

En même temps que les formes habituelles des cultures sur les milieux de choix, sur milieux pauvres et sur milieux naturels (ce qui prouve le saprophytisme) (2), nous présentons toute une série de pléomorphismes obtenus par passage sur des milieux différents et entretenus ensuite sur un même milieu. Il est à remarquer que ces formes pléomorphisées si différentes d'aspect microscopique (mais identiques microscopiquement), sont des productions artificielles et que la culture primordiale issue de la lésion humaine a toujours un même type sur le même milieu de choix. Ces pléomorphismes ne nous ont donc jamais embarrassés dans le diagnostic, mais leur connaissance est d'importance capitale, car il se peut que dans la na-

(1) Chacune d'elles a été retirée d'un malade différent. Nous avons cru la race α de MM. De Beurmann et Ramond (1903), perdue; nous avons pu la retrouver, grâce à l'obligeance de M. Binot, égarée au milieu de levures.

(2) *Annales*, décembre 1906.

ture, le *Sporotrichum Beurmanni* existe sous une de ces formes et qu'on le retrouve dans d'autres lésions humaines sous une forme pléomorphisée; ces types permettront l'identification au *Sporotrichum Beurmanni*, d'échantillons à culture d'aspect différent et qu'on aurait pu croire des parasites différents.

Plusieurs points sont encore à compléter dans l'étude des sporotrichoses hypodermiques; nous résumons aujourd'hui toute une série d'essais négatifs sur les toxines sporotrichosiques.

Nous avons été arrêtés dans cette recherche par l'absence d'animal toujours récepteur. Cependant, les résultats paradoxaux trouvés par Bodin et Gautier dans leur remarquable mémoire sur la toxine de l'*aspergillus fumigatus* (1): ce fait qu'un animal très sensible (pigeon) au champignon pathogène, offre une résistance remarquable à ses toxines, et qu'inversement « deux espèces animales considérées comme réfractaires aux spores de l'*aspergillus fumigatus*, le chat et le chien, sont sensibles à la toxine produite par le champignon », nous ont fait tenter plusieurs expériences.

Toutes ont été négatives, même après broiement de cultures jeunes ou vieilles dans l'espoir d'obtenir des toxines adhérentes (2): bouillons glucosés peptonés neutres, filtrés et non filtrés; poudre desséchée pure ou solubilisée par digestion artificielle; résidus de macération alcoolique, chloroformique, étherée, xylolée. De même un essai (unique il est vrai) de culture *in vivo* en sac de collodion chez le cobaye a été négatif en effet. Le *saccharomyces granulatus* trouvé par Vuillemin et Legrain dans des hématomes du maxillaire est peu pathogène pour le lapin en injections péritonéales, alors que des sacs de collodion pleins de culture introduits dans le péritoine, cachectisent le lapin en 8 à 10 jours, ce qui semble prouver qu'il y a sécrétion de toxine (3).

Cependant, des travaux de moins en moins rares établissent la réalité de la sécrétion des poisons par les champignons, par ceux mêmes qui ont coutume de rester localisés à la peau sans retentir sur l'état général: Muguet ou *Oidium albicans* (Charrin et Ostrowsky, Roger, Concetti); *Oospora boris* (Auclair: éthéro-actinomycétine); spores d'*aspergillus fumigatus flavescens* (Céni et Besta). Plato, Truffi ont même constaté, « après injections de liquide de culture de certains trichophytons, à des individus atteints de trichophyties profondes, des réactions analogues à celles que l'on observe après inoculation de tuberculine aux tuberculeux ou de malléine aux animaux morveux (4) ». Il nous faut ajouter, il est vrai, que Buschke (5), dans la blastomycose, a échoué,

(1) BODIN et GAUTIER. Note sur une toxine de l'*aspergillus fumigatus*. *Annales de l'Institut Pasteur*, mars 1906, n° 3, p. 209.

(2) Les toxines de l'*aspergillus* sont très diffusibles et il ne semble pas y exister de toxines adhérentes, p. 220.

(3) VUILLEMIN et LEGRAIN. Sur un cas de *saccharomycose humaine*. *Archives de Parasitologie*, III, 1900, n° 2, p. 237.

(4) Nous n'avons pas cru devoir faire cet essai sur le malade. A cette épreuve qui, à la rigueur, pourrait servir au *diagnostic*, on doit préférer la culture du pus ponctionné, procédé sûr et inoffensif.

(5) *Loc. cit.*, p. 59 et 65.

comme nous dans la sporotrichose, et cependant, il possédait des animaux constamment récepteurs. Il a même injecté du sérum d'animal infecté (dépourvu de levures), à des animaux neufs, sans rien obtenir qu'une élévation de température minime et transitoire.

Il faudrait donc reprendre cette étude des toxines sporotrichosiques, avec des races] plus virulentes, comme par exemple le *Sporotrichum Schenkii*. Car, nul doute que le sporotrichum ne sécrète, au moins autour de lui, des ferments dont relèvent les lésions locales qu'il produit. Leur découverte serait un argument nouveau pour rapprocher la sporotrichose de la tuberculose. une nouvelle brèche dans la théorie de l'opposition des infections bactériennes et des mycoses.

SPOROTRICHOSES DERMIQUES.

Le *Sporotrichum Beurmanni* est capable, non seulement de lésions hypodermiques, mais encore de lésions dermiques, et, sur un même malade, il peut réaliser les trois types connus des sporotrichoses sous-cutanées. En effet, aux sporotrichoses *hypodermiques*, nous avons décrit trois formes (1) : sporotrichose gommeuse à foyers multiples disséminés ; sporotrichose à grands abcès sous-cutanés multiples ; sporotrichose lymphangitique gommeuse systématisée. Nous avons insisté sur l'unité du groupe des sporotrichoses, montrant que la lésion élémentaire (la gomme) était la même : disséminée et restant petite dans la première forme ; augmentant et formant de grands abcès dans la deuxième ; se localisant à un segment de membre le long des lymphatiques dans la troisième. Notre troisième malade qui, lorsque nous l'avons observé la première fois, était un type de la première forme (2), semble réunir maintenant les trois formes : quelques-unes des gommes anciennes sont devenues des grands abcès, le malade ayant négligé de poursuivre le traitement ioduré (deuxième forme) ; il est apparu de nouvelles lésions gommeuses disséminées, qui restent petites (première forme) ; enfin le long de la face interne de la cuisse droite et à la face postérieure de la jambe droite, il présente une série de nodosités échelonnées le long des lymphatiques, ébauchant aussi la troisième forme lymphangitique gommeuse (3).

En outre, ce malade qui, jusque-là, n'avait eu que des lésions hypodermiques, est atteint maintenant de lésions DERMIQUES *sporotrichosiques nodulaires ulcéro-croûteuses* ecthymatiformes, les unes primitives, les autres secondaires à des lésions profondes, toutes dues au même parasite, le *Sporotrichum Beurmanni* γ (4). Il présente

(1) *Annales de Dermatologie*, oct., nov., déc. 1906.

(2) *Loc cit.*, 1906, p. 847.

(3) DANLOS, DEROY et GOUGEROT : observation ci-dessus.

(4) C'est grâce à la libéralité de M. DANLOS, dans le service duquel le malade était rentré, que j'ai pu poursuivre cette étude. L'intérêt attaché à ce cas donne à ce maître la mesure de ma reconnaissance. Je remercie mon collègue DEROY de son concours bienveillant.

donc la synthèse de toutes les formes connues des sporotrichoses hypodermiques et dermiques. Il importait d'insister sur cette multiplicité des lésions due à un même parasite et sur les formes de transition.

SYMPTOMATOLOGIE. Des lésions dermiques, les unes sont primitives, les autres secondaires à des gommes et abcès incisés.

Les *primitives* sont disséminées sur la partie antérieure des deux jambes : elles sont à divers stades de développement, beaucoup sont cicatrisées, une dizaine sont en activité; de grosseur variable, elles oscillent entre 10, 30 et 40 millimètres de diamètre. Ce sont des élevures peu saillantes faiblement coniques, rondes ou ovalaires, d'un rose violacé peu foncé, à bord diffus s'effaçant peu à peu dans la peau saine; au centre est une croûte brune ou noirâtre à fine collerette squameuse blanchâtre; cette croûte est petite, de 3 et 5 millimètres et largement débordée par la *très large auréole rose violacé*; le doigt sent une induration nodulaire du derme plus petite que l'auréole inflammatoire, elle est strictement cutanée et glisse avec le derme sur les plans profonds. Comprimée, la nodosité laisse sourdre, sur le bord de la croûte, une gouttelette de pus visqueux, séreux, rosé ou blanc opaque; au-dessous de la croûte arrachée apparaît une petite ulcération étroite, profonde de 3 à 4 millimètres.

Les éléments plus jeunes sont de petites saillies de 8 à 12 millimètres, plus rosées que violacées, sans croûtes; l'incrustation est secondaire à la formation de ce nodule, consécutive à l'envahissement de l'épiderme par le nodule plus profond, et l'extravasation sanguine. Cette évolution est donc différente de celle de l'ecthyma. En vieillissant, les nodules pâlisent et s'affaissent, la croûte tombe laissant de *petites cicatrices* syphiloïdes rondes de 3 à 6 millimètres de diamètre, fines, brillantes, souples et plates, teintées de brun violacé clair, entourées d'une très large auréole (3 à 10 millimètres) brun foncé qui remplace l'auréole inflammatoire brun violacé. En un point où ces cicatrices sont rapprochées, les auréoles pigmentées confondues dessinent une large nappe tachetée de petites cicatrices. On peut appeler ces lésions : sporotrichoses dermiques nodulaires ulcéreuses ecthymatiformes.

L'évolution de ces lésions dermiques nodulaires ulcéro-croûteuses est lente, dépassant 6 semaines.

Elles rappellent certaines tuberculides nodulaires ulcérées, nécrotiques, ou mieux de petites pustules ecthymateuses chroniques un peu cyanotiques qu'on voit sur certains galeux. Les syphilides papulo-crustacées ont une autre teinte et un autre aspect.

Les *lésions dermiques secondaires* ont un aspect analogue; elles succèdent à l'ulcération de l'incision d'une gomme sous-cutanée : car on ne connaît pas encore d'exemple de gomme ulcérée spontanément.

L'incision ulcérée est marquée par une croûte noirâtre toujours petite, sous laquelle la pression fait sourdre une gouttelette de pus visqueux, l'épiderme desquame quelquefois tout autour, une auréole brun violacé de 5 à 10 millimètres, diffuse, débordant largement la croûte. Cette fistule croûteuse est tantôt saillante, tantôt déprimée.

L'évolution semble plus lente que celle des sporotrichoses dermiques primitives, car elle est sans doute entretenue par la suppuration profonde. A la fin elle laisse une cicatrice semblable mais plus grande, quelquefois *polycyclique*. On se souvient que la gomme sous-cutanée abandonnée à elle-même se résorbe sans s'ouvrir; il faut donc, pour que la gomme laisse une cicatrice, l'intermédiaire de ces lésions dermiques.

BACTÉRIOLOGIE. — Deux des lésions dermiques *primitives* ont étéensemencées sur 6 tubes de gélose glycosée Sabouraud, en pompant le pus et la sérosité avec une pipette fine au-dessous des croûtes, après savonnage de l'épiderme. Ces 6 tubes ont tous donné des cultures pures de *Sporotrichum Beurmanni* dès le sixième jour, les unes 2, les autres 4, 6 et même 13 colonies, le long de la strie d'ensemencement. Elles sont devenues caractéristiques vers les dixième et onzième jours, brunes, finement circonvoltées; c'est le même parasite que celui des lésions hypodermiques retiré en août et en décembre: les cultures et préparations que nous présentons ne laissent aucun doute.

La constance et la pureté des cultures est la preuve de la nature sporotrichosique de ces lésions dermiques, preuve autrement démonstrative que la présence des formes parasitaires dans le corps des lésions ou dans le pus, car la confusion est toujours possible avec des débris de noyaux ou des globules rouges.

HISTOLOGIE. — Un petit élément papulo-nodulaire primitif à centre croûteux en pleine activité est biopsié.

L'histologie montre une lésion nodulaire exclusivement dermique, nettement limitée à la partie profonde du derme, et ne dépassant pas les faisceaux profonds, plus diffuse à la partie supérieure et envahissant secondairement l'épiderme. Cet infiltrat nodulaire est formé de nodules plus petits agglomérés, de structure tuberculoïde (cellules épithélioïdes et géantes), entourés d'une zone de réaction lympho-conjonctive avec nombreuses plasmazellen rappelant la syphilis. Le centre de cet agglomérat est un petit abcès formé de nombreux polynucléaires et globules rouges semblables aux lésions suppuratives phlegmasiques banales. C'est ce mélange de ces trois réactions du centre à la périphérie, qui donne à cet infiltrat gommeux dermique un aspect très spécial.

Fixation à l'iodo-chlorure de Dominici. Inclusion à la paraffine: éosine orange bleu de toluidine; hémateïne; Van Gieson; orcéine bleu tanin orange; Papanicou, Gram; Ziehl, etc....

L'infiltrat nodulaire siège à la partie moyenne et profonde du derme nettement délimité par les faisceaux collagènes et élastiques profonds du derme que le nodule refoule, et tasse; à la partie supérieure l'infiltrat est moins nettement circonscrit, les cellules semblent filtrer à travers les fibres collagènes et élastiques parallèles et horizontales de la couche sous-papillaire, pour atteindre les papilles et l'épiderme.

— *Nodule d'infiltration cellulaire* : Il semble fait de l'agglomération de nodules ou follicules élémentaires dont le centre aurait subi la fonte gommeuse : d'où trois zones, la première, périphérique, lymphoconjonctive, résultant de la réunion des couronnes lymphoconjonctives de chacun d'eux; la deuxième, moyenne, épithélioïde, résultant de la fusion des centres des follicules; la troisième, centrale, de fonte gommeuse et d'hématome. A un faible grossissement on a donc, à l'éosine bleu, une couronne sombre bleue périphérique, une zone moyenne rose tachetée de cellules géantes, le centre piqué de bleu et tacheté de placards orange d'hématome. C'est une petite gomme dermique.

Au centre de la gomme, là où le nodule est le plus gros, les deux premières zones sont étroites, la fonte gommeuse est massive; loin du centre, les deux zones, lympho-conjonctive et surtout épithélioïde, l'emportent.

1° *Zone périphérique* : A la partie inférieure, cette zone est plus étroite qu'à la partie supérieure où elle diffuse latéralement et dans la couche sous-papillaire. Elle est formée de cellules conjonctives en réaction inflammatoire simple : tuméfaction basophile et mise en évidence des anastomoses, multiplication. Les fibres collagènes régressent, formant un réseau de fines fibrilles roses à mailles aplaties le long desquelles se moulent les cellules conjonctives. Les fibres élastiques sont résorbées. Au tissu normal se substitue ainsi un infiltrat conjonctif à cellules serrées. Il s'ajoute quelques gros mononucléaires et de rares lymphocytes. Beaucoup de cellules de l'infiltrat se transforment en plasmazellen. Plusieurs plasmazellen sont énormes, binucléées ou même géantes; les mastzellen globuleuses et rameuses ou clasmatocytes sont nombreuses. Quelques cellules conjonctives desquamées en macrophages (Dominici) sont surchargées de pigment sanguin. Il n'y a pas de polynucléaires infiltrés.

La réaction conjonctive est très pure, non phlegmasique (pas de polynucléaires ni d'œdème, ni de précipitation de fibrine).

Les vaisseaux capillaires sont difficilement reconnaissables à cause de la réaction intense de leur périthélium confondu avec le tissu inflammatoire et de la tuméfaction de leur endothélium transformé en bordure continue; un globule rouge ou un polynucléaire signale leur lumière. Ça et là apparaît une rare artériole ou veinule atteinte de vascularite totale : tuméfaction et multiplication des cellules des 3 tuniques sans diapédèse (à peine 1 ou 2 mono, pas de polynucléaire), périartère dissociée et fusionnée dans l'infiltrat, reconnaissable pourtant à quelques fibres élastiques circulaires; mésartère formée de fibres musculaires tuméfiées, à noyau très basophile, multipliées en plusieurs rangées, parcourue de 1 ou 2 grosses fibres élastiques; endartère très épaissie formée de 3 à 4 rangées de cellules conjonctives irritées aplaties avec quelques fines fibrilles élastiques; cellules endothéliales épaissies, fusionnées, parfois desquamantes; lumière rétrécie contenant de nombreux polynucléaires.

les papilles, à mesure qu'on s'éloigne du centre ; mais on en retrouve des traces au loin, sous forme de tuméfaction basophile des cellules fixes.

En dehors du nodule, à la partie moyenne du derme, presque normal, même réaction inflammatoire des cellules fixes disséminées au milieu des faisceaux épais collagènes et des fibres élastiques. Ça et là, quelques traînées entourent les vaisseaux, formant souvent une sorte de nodule attenant encore au nodule principal et de même constitution que sa zone périphérique.

A la partie profonde du derme, la réaction conjonctive est très atténuée, quelques vaisseaux proches du nodule sont lésés, leurs parois sont dissociées par la réaction conjonctive, il y a endovascularite sans thrombose. En un point cependant un gros vaisseau lymphatique dilaté était thrombosé par un caillot, qui, suivi dans les coupes en série, se transformait bientôt en cellule géante. Quelques acini intacts de glandes sudoripares sont entourés de cellules infiltrées.

Épiderme : Les réactions y sont minimales et secondaires. Au point le plus saillant, crouilleux et squameux, l'épiderme est perforé sur l'étendue de 2 ou 3 papilles (donc pertuis très étroit) ou plus exactement la couche de Malpighi est détruite, le pus soulevant et infiltrant la couche cornée très épaissie ; la squame-croûte est formée de lames épaisses, de cellules cornéées nucléées (parakératose) clivées en 2 ou 3 points par des nappes de polynucléaires dégénérés (microabcès) ou par de petits hématomes. Latéralement la squame-croûte se continue avec la couche cornée de l'épiderme qui redevient rapidement normale. Les bords de la perforation de la couche de Malpighi ne présentent que peu de réaction. — Quelques coupes plus loin, là où l'épiderme n'est plus perforé mais encore squameux, on le voit aplati sans papilles, aminci et bombant. A sa face supérieure persistent des débris squameux ; sa face inférieure formée d'une ligne nette et continue est excavée, soulevée par l'infiltrat nodulaire dont les polynucléaires et globules rouges s'accrochent aux dernières assises épidermiques. L'épiderme est en ce point formé de cellules malpighiennes aplaties, presque lamelleuses, légèrement basophiles, à noyau pâle ; la germinative a disparu, la granuleuse est absente, l'exocytose est très peu marquée, il n'y a pas d'exosérose. L'épiderme forme aussi une sorte de coupole, limitée de chaque côté par une papille aplatie et déjetée, où réapparaît la structure normale de l'épiderme.

— Plus loin encore du centre crouilleux, là où la couche papillaire et sous-papillaire enflammée sépare l'épiderme du nodule, l'épiderme est presque normal, un peu épaissi, avec papilles normales, tuméfaction et multiplication des cellules de la germinative, hypertrophie légère des cellules du corps de Malpighi dans tous leurs éléments (protoplasma et anastomoses, noyau et nucléole), parfois auréole blanche périnucléaire, exocytose minime, surtout mononucléaire, pas d'exosérose.

A quelques papilles de là, l'épiderme est normal.

La destruction profonde du derme explique la cicatrice, l'étroitesse de la perforation épidermique explique la petitesse de cette cicatrice ; l'importance de l'infiltrat rend compte peut-être de la largeur de l'auréole pigmentée.

Telle est cette réaction dermique si spéciale : syphiloïde à sa périphérie par la zone de réaction lympho-conjonctive inflammatoire avec nombreuses plasmazellen et nodules sombres périvasculaires ;

tuberculoïde à sa partie moyenne, par ses gros nodules épithélioïdes ordonnés autour de cellules géantes ; suppurative à son centre. Le processus est proche de la syphilis, de la tuberculose et de l'ecthyma chronique, mais non identique, et c'est ce mélange des trois ordres de réactions qui rend si particulier (on peut peut-être même dire caractéristique) cette lésion sporotrichosique. Il faut encore la rapprocher de certaines acnés et pustulètes chroniques où s'ébauchent ces trois ordres de réactions, mais où la réaction épithélioïde est toujours moins prononcée.

Il est intéressant de comparer le processus sporotrichosique au derme et à l'hypoderme ; il est essentiellement le même : même réaction massive des cellules fixes, endothéliales, mononucléaires, même formation de nodules épithélioïdes avec cellules géantes ; même fonte gommeuse centrale, même succession des lésions de la périphérie au centre.

Il est quelques différences dues, soit au siège, soit plutôt à l'étendue et à la rapidité de la lésion : dans les nodules dermiques il n'y a pas de limitante fibreuse, épaisse à fibres collagènes serrées, les mononucléaires sont plus nombreuses dans la zone de réaction conjonctive simple, alors qu'ils ne formaient qu'une bande très étroite dans la gomme hypodermique ; les plasmazellen et mastzellen sont plus nombreuses, les premières surtout, au point de former des plasmomes périvasculaires ; les follicules épithélioïdes sont plus gros, les cellules géantes plus nombreuses ; la fonte gommeuse est moins prononcée. Au fond le processus est identique, l'histogénèse est la même : d'abord réaction conjonctive inflammatoire simple (nodule primitif, nodule aberrant d'envahissement, zone périphérique), puis dégénérescence épithélioïde et formation de cellules géantes ; enfin fonte gommeuse, afflux de polynucléaires et d'hématies.

De même que la syphilis crée au derme et à l'hypoderme des lésions semblables gommeuses : gommessous-cutanées et syphilides tuberculo-ulcéreuses, de même la sporotrichose détermine des gommessous-cutanées et des lésions dermiques nodulaires ulcéro-croûteuses. Cette mycose qui semble surtout se localiser à l'hypoderme sous forme de nodosité et d'abcès, est donc capable aussi de lésions superficielles dermiques. Elle se rapproche en cela des blastomycoses, dont on sait la prédilection pour les lésions dermiques ulcéreuses, mais qui quelquefois donne aussi des gommessous-cutanées.

Probabilité de syphilis ignorée et de syphilide psoriasiforme tertiaire. Insuffisance de l'examen histologique.

Par MM. DANLOS et DEROYE.

Il s'agit d'une malade d'environ 55 ans, entrée à l'hôpital pour un czéma étendu (tronc, membres). Noyée primitivement dans le

lésions eczémateuses, la dermatose qui fait l'objet de cette communication n'avait pas, tout d'abord, de caractères suffisamment nets. On ne put bien l'individualiser qu'après la guérison de l'eczéma. On vit alors qu'elle constituait des segments de cercles rouges et squameux, siégeant sur la moitié supérieure des faces antérieure et interne de la cuisse droite, avec quelques éléments analogues à la jambe et à la hanche du même côté; rien ailleurs. Aucun antécédent reconnu de syphilis.

L'aspect de la lésion était très nettement celui d'un psoriasis; mais la limitation précise au membre inférieur droit, l'immunité absolue des genoux et des coudes; la fixité du mal dans les mêmes points depuis des années, ne permettaient guère de s'arrêter à cette hypothèse. L'idée d'une forme anormale de lupus érythémateux n'était pas plus acceptable vu l'absence de toute atrophie cutanée, de toute cicatrice dans la concavité des arceaux. La seule hypothèse probable était, malgré les dénégations de la malade, celle d'une syphilide squameuse tertiaire. Elle se trouvait confirmée par l'existence d'une sclérose très caractérisée de la partie gauche de la langue et des commissures labiales. Pour donner à ce diagnostic plus de certitude encore, nous priâmes M. Gastou de biopsier un élément; mais, comme on le verra ci-après, l'histologie fut loin d'apporter la clarté qu'on en espérait.

Note sur le cas précédent.

Par M. GASTOU.

EXAMEN HISTOLOGIQUE, par M. Gastou. — L'élément éruptif, qui a fait l'objet de l'examen, a été prélevé sur la cuisse. Fixation au sublimé acétique, coloration des coupes suivant les méthodes habituelles: hématoxyline-éosine, bleu de Unna, Van Gieson, Gram.

Les coupes sont entièrement formées d'une masse cellulaire dense et serrée recouverte d'un épiderme aminci dans la plus grande partie de son étendue et surtout dans la partie centrale de l'élément.

L'épiderme présente comme altérations: une seule assise de cellules granuleuses, pas de couche cornée, quelques cavités dans la couche de cellules polyédriques, cavités remplies de mononucléaires.

Entre l'épiderme et le derme on note une particularité de structure tout à fait spéciale: les filaments d'union et le ciment qui existent entre les cellules polygonales semblent se prolonger dans la région papillaire et le derme sous forme de traînées parallèles ou convergentes qui vont se mettre en connexion avec les parois vasculaires, les faisceaux conjonctifs et les faisceaux élastiques. Il en résulte une série de travées rectilignes, coupées à angle droit ou obtus par d'autres

travées émanées des vaisseaux ou du tissu conjonctif, leur ensemble constitue des loges.

La plupart des travées sont en rapport avec des capillaires dans lesquels on voit des globules rouges et des polynucléaires. Ces capillaires ont leur endothélium tuméfié. A côté des capillaires se voient les parois de lymphatiques dilatés et comblés par des cellules volumineuses à noyau ovoïde.

En quelques points les capillaires et lymphatiques apparaissent coupés en travers, les lymphatiques sont remplis de cellules mononucléaires. Telle est en quelque sorte la trame essentiellement vasculaire des coupes.

Les éléments cellulaires sont très nombreux. En dehors des cellules, se forment de gros mononucléaires situés dans les vaisseaux et les lymphatiques; en dehors des cellules conjonctives des parois vasculaires ou lymphatiques, toutes proliférées, il existe disséminés dans toutes les coupes, des amas de cellules plasmiques et de nombreuses mastzellen.

Les amas de plasmazellen ne sont pas nettement groupés autour des vaisseaux. Ils forment des masses irrégulières rarement pures mais entremêlées de mononucléaires, de cellules conjonctives et surtout de mastzellen.

Les mastzellen sont en très grand nombre, à prolongements très longs courant le long des capillaires. Il n'y a ni lymphocytes, ni cellules géantes ou dégénérées.

En résumé, l'ensemble des lésions semble en rapport avec une prolifération intense du tissu vasculo-conjonctif et lymphoïde.

De quelle nature ou origine est la lésion? Rien ne rappelle, dans la structure du fragment étudié, la tuberculose ou quelque lésion de cette origine. Il ne s'agit pas non plus d'une maladie parasitaire banale.

L'abondance des plasmazellen peut faire penser à la syphilis.

Cependant, étant donné le mode particulier de réaction lymphoïde des tissus, la grande quantité de plasmazellen et de mastzellen, la forme trabéculaire des mailles, la présence de cellules conjonctives, l'existence d'abcès épidermiques avec mononucléaires, il y a lieu de rechercher si les lésions présentées par la malade ne sont pas en rapport avec une variété de mycosis, ou simplement le résultat d'une réaction lymphoïde du tissu épidermodermique, d'une lymphodermie d'origine indéterminée.

Troubles trophiques des doigts, de cause indéterminée.

Par M. E. FRANÇOIS-DAINVILLE.

Les doigts de cette malade, âgée de 26 ans, présentent les particularités suivantes. Au pouce de la main gauche la dernière phalange est rouge

violacé et œdématisée, diminuée de volume et comme effilée à son extrémité ; l'ongle est tombé depuis longtemps (il y a plusieurs années, dit la malade) et n'a jamais repoussé. Sur l'emplacement de la matrice unguéale apparaît parfois un peu de rougeur, de gonflement douloureux et une très légère suppuration s'établit. L'index de la même main présente des altérations analogues ; l'atrophie de la phalange est toutefois plus marquée qu'au pouce ; l'ongle est tombé, et la matrice unguéale est actuellement parfaitement sèche. A la main droite le médus est encore altéré au niveau de la phalange très atrophie ; l'ongle est réduit à l'état d'une mince lamelle racornie, fendillée et présentant tous les caractères classiques de l'ongle névritique.

La peau a repris sa coloration normale. Il n'y a pas d'altérations analogues au niveau des autres doigts et au niveau des orteils.

Il s'agissait de trouver la cause de ces troubles cutanés.

Dans les antécédents héréditaires on ne note rien de spécial, le père et la mère sont bien portants et ne présentent ni tuberculose ni syphilis.

Du côté de la malade nous apprenons qu'à l'âge de 14 ans, au moment de la menstruation, elle a eu une sorte de panaris au pouce gauche, sans douleur vive : ce mal n'a jamais guéri, en dépit de tous les traitements. Le médus droit se prend l'année suivante, l'ongle se détache et ne repousse plus, — c'est le seul doigt dont la peau a repris sa coloration normale depuis 15 mois. Depuis l'année 1895 l'index de la main gauche est altéré.

Notre malade n'a jamais eu la syphilis et n'en porte aucun stigmate. Elle n'a pas eu de maladies infectieuses, elle ne tousse pas et n'a jamais craché de sang, elle n'a pas maigri et son état général est bon.

Les poumons ne présentent pas trace de tuberculose.

On ne trouve rien de spécial dans l'examen de chaque organe. Le système nerveux a été étudié avec soin. Sur la main la sensibilité n'est modifiée dans aucun de ses modes. Il en est de même pour le reste des téguments.

Pas de troubles de la motilité et des réflexes. Pas de phénomènes d'asphyxie des extrémités.

La malade a été mise aux rayons Röntgen ; elle a eu deux séances de rayons de 4 H chacune (rayons n° 6 au radiochromomètre) à quatorze jours d'intervalle ; ce traitement électrothérapique, fait par M. Fleig (service du docteur Balzer), semble avoir déjà produit une amélioration.

Il semble qu'on soit ici en présence de troubles trophiques de cause indéterminée avec infection cutanée surajoutée — et dont le pronostic est grave en raison de la ténacité de ces troubles nerveux et de leur caractère progressif. Néanmoins la radiothérapie semble avoir déjà produit un heureux résultat.

Un cas de parapsoriasis.

Par M. MILIAN.

J'ai l'honneur de présenter à la Société de Dermatologie un malade atteint de parapsoriasis. Comme cette affection est à l'étude, j'ai

tenu à présenter aujourd'hui l'observation clinique de ce cas, me réservant d'en apporter à la prochaine séance l'examen histologique (1) qui n'est pas terminé aujourd'hui.

Voici l'histoire de ce malade :

Le nommé B..., pâtissier, âgé de 20 ans et demi, entre le 13 novembre 1906, à l'hôpital Saint-Louis, salle Cazenave, dans le service du Dr De Beurmann, que j'ai l'honneur de remplacer.

Antécédents héréditaires. — Père et mère vivants, bien portants; 5 enfants vivants tous bien portants, n'ayant jamais eu de maladies, même bénignes.

Antécédents personnels. — Rougeole dès l'enfance.

Depuis cinq ans, le malade présente une éruption qui, quelquefois, pâlit, mais ne disparaît jamais complètement.

Lorsqu'il est venu, il y a 5 jours, à la consultation, l'éruption était très purpurique.

Cette éruption existe aux *membres supérieurs* sur les deux faces d'extension et de flexion avec intégrité complète des mains. Même distribution aux *membres inférieurs* où elle est très abondante. Sur le *tronc*, l'éruption est très marquée dans le dos et beaucoup moins accusée en avant où il n'y a que quelques éléments disséminés, particulièrement sur l'abdomen.

Il y a une intégrité remarquable de la *région présternale* et de toute la région médiane du dos, surtout au niveau de l'espace inter-scapulaire.

Sur le cou existent des éléments disséminés.

La face est indemne, ainsi que le cuir chevelu où il y a pourtant quelques éléments pityriasiques.

Les éléments du dos suivent une direction parallèle aux plis de la peau.

Les éléments éruptifs sont constitués par des *macules* de la dimension d'une tête d'épingle à une lentille, irrégulières de contour, couleur de roséole, *purpuriques par places* avec un pointillé hémorragique, particulièrement sur les membres, surtout membres inférieurs où l'éruption est presque violette.

Ces *macules* deviennent squameuses lorsqu'on les gratte, certaines sont spontanément squameuses. La squame est petite, n'occupant que le centre de l'élément, micacée, sèche, se détachant par *furfuration* et non par lamelles, ne donnant pas le signe d'Auspitz, mais, au contraire, donnant une tache purpurique.

Le malade a de l'*acroasphyxie* avec moiteur des deux mains. C'est un châtain blond au teint un peu lymphatique. Il présente de la *micropolyadénopathie* aux aines; à la région cervicale postérieure deux petits ganglions mastoïdiens et deux petits ganglions épitrochléens.

Il va sans dire qu'il n'y a chez lui nul soupçon de syphilis. Le thorax est rentrant avec omoplates saillantes; il a un varicocèle gauche très accusé; les amygdales ne sont pas grosses; les dents sont en bon état; la langue est normale. Pas de sucre ni d'albumine dans les urines, foie et rate normaux.

Rien d'anormal à l'auscultation du cœur ni des poumons. La tension artérielle oscille entre 15 et 16 au sphigmomanomètre Potain, le malade étant couché; le pouls variait entre 84 et 90 pulsations à la minute.

(1) Pièce C. 56.

A son entrée, le malade a été mis à l'axonge et à l'huile de cade. Une moitié du corps, seule, a été traitée pour que l'autre servit de point de comparaison. Après six semaines d'application, aucune modification n'est survenue dans l'état du tégument.

Le 31 décembre, la tension était de 15 et demi, le pouls à 84 sur le malade couché; la tension de 15 et le pouls de 96 sur le malade debout.

Le diagnostic de parapsoriasis est ici indiscutable: la macule érythémateuse ou purpurique devenant squameuse au grattage, la squame sèche se détachant mal, l'absence de pointillé sanglant après grattage de la squame et production d'une tache purpurique après celui-ci, la longue durée (cinq ans) de l'affection sans aucune rémission, l'influence nulle des médicaments réducteurs si efficaces dans le psoriasis, tout cela indique formellement le parapsoriasis.

M. Civatte, élève de M. Brocq, qui a fait sa thèse sur ce sujet, est venu voir ce malade et l'a considéré comme un parapsoriasis typique.

L'anatomie pathologique confirme également le diagnostic, car on y retrouve des lésions décrites par les différents auteurs.

M. Civatte (1) a trouvé dans un cas de parapsoriasis des lésions anatomiques tuberculeuses typiques et son malade est devenu tuberculeux, car il porte aujourd'hui (communication orale) d'énormes ganglions sous-maxillaires.

J'ai voulu rechercher chez ce malade si l'on pouvait également dénoter la nature tuberculeuse de l'affection. Je n'y suis pas parvenu.

La biopsie m'a montré des lésions de sclérose et d'infiltration cellulaire; on ne voit nulle part de follicules tuberculeux comme dans le cas de Civatte.

On ne découvre chez R... aucun antécédent tuberculeux héréditaire, collatéral ou personnel.

Le sujet, délicat, présente pourtant quelques symptômes suspects: teint un peu anémique, dos voûté, mains un peu asphyxiques et moites, nombreux petits ganglions un peu partout. Mais je n'ai obtenu aucune réaction à la tuberculine. J'ai injecté, sous la peau de ce sujet 0^{mm}5,4 de tuberculine brute de l'Institut Pasteur de Paris, le 16 décembre 1906; 0^{mm}5,5 le 22 décembre; 0^{mm}5,9 le 29 décembre. Aucune réaction locale ou générale ne se produisit. La température, prise toutes les trois heures, resta toujours au-dessous de 37°,4.

Je me propose d'injecter à ce malade des doses croissantes plus fortes encore pour bien vérifier l'absence de réactions positives. Je compléterai mon observation à la prochaine séance par l'exposé des résultats obtenus et l'étude histologique de la biopsie. Je n'ai pas

(1) CIVATTE. *Annales de Dermatologie*, 1906.

voulu attendre jusqu'à ce moment pour publier le cas, car je désirais avoir le diagnostic confirmatif de la Société pendant que j'avais le malade à ma disposition.

M. GAUCHER. — Quelle différence y a-t-il entre ce cas et le psoriasis punctata ?

M. MILLAN. — Les caractères de la squame diffèrent cliniquement et histologiquement. Par le grattage on n'arrive pas sur la tache rouge lisse luisante avec le fin piqueté hémorrhagique du psoriasis, mais on provoque des ruptures des capillaires et du purpura ; la squame adhère dans la profondeur beaucoup plus que celle du psoriasis, elle ne devient pas tache de bougie comme dans le psoriasis. L'affection résiste beaucoup plus au traitement qu'une éruption de psoriasis de même intensité. Le microscope ne montre pas la parakératose que l'on trouve dans le psoriasis.

Le Secrétaire,

E. LENGLET.

SÉANCE DU 7 FÉVRIER 1907

Présidence de M. H. Hallopeau.

SOMMAIRE. — Correspondance. — Ouvrages reçus. — A propos d'une note de M. Lenglet concernant notre observation publiée sous le titre : « Sur un cas de pemphigus chronique congénital et familial à forme d'ichthyose bulleuse », par MM. NICOLAS et FAVRE. (Discussion : M. LENGLET.) — Épithélioma du sillon mento-labial, d'origine cutanée, adhérent à la mâchoire inférieure. Extirpation, abrasion du maxillaire. Cheiloplastie. Guérison depuis trois ans et demi, par M. MORESTIN. — Vaste épithélioma de la face. Extirpation. Application secondaire de greffes dermo-épidermiques, par M. MORESTIN. — Phimosos chez un diabétique, par M. MORESTIN. — Leucoplasie vulvaire, par M. MORESTIN. (Discussion : MM. LEROUDE et MORESTIN.) — Sur une asphyxie locale des extrémités avec sphacèle des oreilles, par MM. HALLOPEAU et LASNIER. — Sur un cas de groupements comédoniens du cuir chevelu, par MM. HALLOPEAU et LERTANT. — Sur une forme ortiée persistante, circonée et eczématiforme de mycosis fongolde, par M. HALLOPEAU. — Sur une desquamation en masse des régions plantaires dans un cas de syphilis secondaire, par MM. HALLOPEAU et LASNIER. — Sur une érythrodermie mycosique avec nodosités sous-cutanées, par MM. HALLOPEAU et LASNIER; examen histologique, par M. GASTOU. — Éruption chez un vanilleux, par MM. GAUCHER et MALLOIZEL. — Chancres mou de la main, par MM. DANLOS et DEROYE. — Plaque d'atrophie cutanée, par MM. DANLOS et DEROYE. — Nouvelle note sur un cas de parapsoriasis. Réaction à la tuberculine. Examen histologique, par M. MILIAN.

Correspondance.

Lettres de MM. BROCC, *vice-président*, THIBIERGE, *trésorier*, DARIER, *membre du comité de direction*, donnant leur démission de membres du bureau et du comité de direction; et MM. Brocq et Darier demandant de plus à ne pas figurer sur la liste du comité comme candidats aux élections prochaines, et M. Darier déclarant ne vouloir accepter aucune fonction.

Ouvrages reçus.

La Contagion de la lèpre en l'état de la science, par le Dr ZAMBACO PACHA. Masson et Co, éditeurs, 1907.

Cinq observations de syphilis et néoplasmes, par le Dr GROLL. Imprimerie Allier, 1906.

A propos d'une note de M. Lenglet concernant notre observation publiée sous le titre : « Sur un cas de pemphigus chronique congénital et familial à forme d'ichthyose bulleuse ».

Par MM. NICOLAS et FAVRE.

Au début de la séance du 8 novembre 1906, M. Lenglet, dans une note très intéressante, a critiqué vivement le titre sous lequel nous avons rapporté, à la réunion de juillet, l'observation très complète et très minutieusement étudiée d'un cas rare de dermatose bulleuse. M. Lenglet a rappelé à ce sujet les symptômes séparant l'ichthyose vraie, l'épidermolyse bulleuse ou pemphigus traumatique héréditaire et familial, et le pemphigus héréditaire et familial à forme dystrophique, pour démontrer que l'affection présentée par notre malade n'était autre chose qu'un exemple d'érythrodermie congénitale ichthyosiforme, variété bulleuse de Brocq, que nous avons méconnu. En réponse à ses remarques nous nous contenterons de citer textuellement et sans y rien changer deux phrases du très bref commentaire dont nous faisons suivre notre observation.

« Cette observation est un cas typique de l'affection improprement appelée « ichthyose bulleuse » ; il s'agit d'une dermatose rare, héréditaire, familiale, dont la place exacte n'est pas encore déterminée en pathologie cutanée. »

« Elle se rapproche par bien des points des *dermatites ichthyosiformes, accompagnées ou non de productions bulleuses et de troubles épidermotrophiques*, que M. Lenglet dans sa thèse a tenté de classer provisoirement. »

Nous croyons, même après les observations de M. Lenglet, n'avoir rien à changer à ces quelques lignes, conclusions de notre publication.

M. LENGLET. — Aussi n'ai-je pas critiqué les conclusions de la publication de MM. Nicolas et Favre, mais bien le titre qu'ils ont choisi ; et si nous sommes, à la fin, si près d'être d'accord, je regrette que nous ne le soyons pas au commencement, pour le titre de leur observation. Le titre n'exprime-t-il pas la pensée d'élection des auteurs par le choix tout spécial qu'ils en font : c'est ce choix que j'ai trouvé particulièrement regrettable.

Épithélioma du sillon mento-labial, d'origine cutanée, adhérent à la mâchoire inférieure. Extirpation, ablation du maxillaire. Cheiloplastie. Guérison depuis trois ans et demi.

Par M. MORESTIN.

J. P... m'a été adressé le 19 juin 1903 par M. Gaucher, pour une lésion ulcéreuse ayant pris naissance dans le sillon mento-labial, du côté droit. L'ulcération est grande comme une de nos anciennes pièces de 20 centimes. Elle est profondément creusée, entourée d'un bourrelet très dur, adhérent

à l'os sous-jacent. Elle s'étend d'une part sur la lèvre inférieure, d'autre part sur l'éminence du menton. Le fond est sec, irrégulièrement granuleux. Il existe un ganglion engorgé dans la région sous-maxillaire (fig. 1).

La nature de la maladie n'est guère douteuse ; nous sommes en présence d'un épithélioma. Il s'agit d'ailleurs d'une récurrence. Cinq ans auparavant le sujet a présenté en ce point une lésion qui a été traitée par la pâte de Vienne, puis par la cautérisation ignée. Une ulcération nouvelle s'est manifestée au



FIG. 1.

commencement de 1903. Aux mois de mai et de juin il a subi encore sans succès de nouvelles cautérisations.

J'interviens le 27 juillet 1903. Le malade est alcoolique et la chloroformisation difficile. Je pratique tout d'abord l'évidement du creux sous-maxillaire, enlevant d'un bloc la glande et les ganglions. L'ulcère, sa bordure et une large bande de tissus sains sont ensuite circonscrits par une incision elliptique portant sur la lèvre inférieure, la partie voisine de l'éminence du menton, les deux pôles de l'incision répondant l'un au bord inférieur de la mâchoire au niveau du trou mentonnier, l'autre presque à la bordure rouge de la lèvre. Je m'aperçois que la partie correspondante de la bordure est inutilisable et je me décide à la supprimer aussi. La perte de substance comprend plus d'un tiers de la lèvre inférieure, une partie de l'éminence

du menton et s'étend jusqu'au bord inférieur du maxillaire au niveau du trou mentonnier où elle se continue avec la plaie sous-maxillaire.

Avec la scie, je détache un large copeau du maxillaire répondant au point d'adhérence de la tumeur.

La réunion de la plaie sous-maxillaire ne comportait nulle difficulté, mais pour combler la perte de substance labiale il n'en était pas de même. J'eus recours simplement au décollement des parties molles, à droite et à gauche



FIG. 2.

de la brèche, sans nouvelle incision extérieure, mais en incisant d'une part la muqueuse du sillon gingivo-génien droit, d'autre part celle du sillon gingivo-labial. A droite, le décollement fut poursuivi en arrière jusqu'au bord antérieur du masséter. En avant je décollai largement tout ce qui restait de la lèvre inférieure et les téguments du menton. Ce travail préliminaire achevé, je m'efforçai d'affronter avec soin les tranches de section et d'unir muqueuse à muqueuse, la peau à la peau, et surtout d'assurer l'exacte adaptation de la bordure rouge des deux côtés.

Le résultat immédiat était satisfaisant, bien que le nouvel orifice buccal parût un peu étroit. Les suites furent très bonnes et d'une parfaite simplicité. Les fils furent retirés le 4 août, et la réunion primitive ayant été obtenue, le malade put être considéré comme guéri le 8 août.

Depuis je l'ai revu à plusieurs reprises et n'ai pu que constater chaque fois la solidité de sa guérison. Voilà maintenant trois ans et demi que l'opération a été pratiquée; la cicatrice s'est atténuée, effacée et depuis longtemps est à peine visible. La bouche est très régulière, la lèvre inférieure d'une souplesse parfaite. Rien en vérité ne rappelle l'opération subie, et le résultat esthétique ne laisse, on peut le dire, rien à désirer (fig. 2). Le résultat thérapeutique non plus, car nous pouvons à bon droit espérer maintenant que la guérison sera définitive.

Vaste épithélioma de la face. Extirpation. Application secondaire de greffes dermo-épidermiques.

Par M. MORESTIN.

Un homme de 63 ans, M. P..., marchand de chaussures, m'est adressé le 29 juin 1906 par mon ami et collègue Riche, pour un épithélioma très étendu



FIG. 1.

de la face. La lésion a débuté au niveau de la tempe droite, il y a un an environ. Traitée sans succès par les rayons X, elle a évolué avec rapidité, car elle occupe au moment de notre examen une surface considérable. La partie antérieure de la tempe est couverte d'une plaque végétante, fissurée,

saignant avec une très grande facilité, au moindre contact, et même chaque fois qu'on soulève le pansement. Cette plaque s'étend jusqu'au cuir chevelu, elle descend jusqu'à l'os malaire, en avant s'arrête à l'apophyse orbitaire externe. Elle est grande comme une pièce de 5 francs, et très manifestement cancéreuse. Mais ce n'est pas là toute la lésion. Autour de cette plaque, et principalement au-dessous, la peau est altérée, malade, envahie au loin, et cette infiltration plus que suspecte s'observe notamment sur une grande



FIG. 2.

partie des régions massétérine et parotidienne. La photographie ci-contre (fig. 1) qui montre nettement la plaque principale, laisse seulement deviner cette zone d'infiltration, mais on peut en avoir une idée d'après la figure 2 représentant la plaie laissée par l'ablation des téguments altérés. Ces altérations, pour étendues qu'elles soient, sont demeurées superficielles. la peau dans les parties atteintes a gardé toute sa mobilité, et l'exploration des régions ganglionnaires ne révèle rien d'anormal.

Le 6 juillet, je pratique sans aucune difficulté l'excision des téguments franchement malades ou suspects ; je supprime donc la peau de la tempe et d'une grande partie de la face (fig. 2). Ligature de quelques artères. Aucune tentative de rapprochement ni d'autoplastie immédiate. La plaie est abandonnée pendant quelque temps à la réparation spontanée, et quand

elle s'est nivelée et un peu réduite, 20 jours après, des greffes dermo-épidermiques sont appliquées sur toute sa surface. Ces greffes ont bien vécu; dans



FIG. 3.

leur intervalle l'épidermisation s'est faite rapidement. Bref, dans le courant du mois d'avril, notre homme était bien guéri (fig. 3). Il l'est resté jusqu'à présent.

Phimosi chez un diabétique.

Par M. MORESTIN.

Le rétrécissement scléreux du prépuce est un accident relativement fréquent chez les glycosuriques et manifestement imputable à l'action de l'urine chargée de sucre, aux fermentations qui se produisent sur les surfaces humectées de liquide sucré et à l'irritation constante et prolongée qui en est la conséquence. Si toutefois ces faits sont connus et aujourd'hui classiques, il est exceptionnel de rencontrer un cas analogue à celui que je vous présente aujourd'hui. Les lésions étaient tellement accentuées que l'ouverture préputiale était réduite à un orifice punctiforme, ne laissant couler l'urine qu'avec une lenteur extrême et au prix d'efforts très pénibles.

Il est vrai que le sujet était depuis sa naissance porteur d'un phimosis, qu'il n'avait jamais pu découvrir le gland en totalité, et qu'il était ainsi prédisposé à l'inconfort qui a nécessité mon intervention.

Le malade, âgé de 58 ans, M. W..., professeur de dessin, m'a été adressé le 31 décembre 1906 par mon ami et collègue de la maison Dubois, M. Hudelo. Le diabète a été reconnu chez lui en 1893 et depuis il a été constamment l'objet d'une surveillance médicale. Il a eu jusqu'à 24 grammes de sucre par litre, mais sous l'influence d'un régime alimentaire bien compris cette quantité s'est considérablement réduite; à plusieurs reprises elle a augmenté pour décroître ensuite. Actuellement il se trouve dans une période favorable et l'examen des urines ne montre pas de sucre.

W... était porteur d'un phimosis congénital, et n'avait jamais pu découvrir que le tiers antérieur du gland. Il n'en était guère gêné, paraît-il, pour les rapports sexuels. Il s'est marié et il est père de deux enfants. En 1900, au moment d'une recrudescence de sa glycosurie, il s'est aperçu d'une difficulté de plus en plus grande à déplier son prépuce; en même temps la miction déterminait des sensations de picotements, de légère cuisson. Il n'a eu ni à cette époque, ni antérieurement de chancre induré ou mou. Vers le moment où il notait le rétrécissement graduel de son prépuce, il constatait également la raréfaction puis la disparition chez lui des érections. La déchéance des fonctions sexuelles n'a fait d'ailleurs que s'accroître, et aujourd'hui l'impuissance est avérée et complète.

Petit à petit l'orifice préputial a diminué; la miction est devenue de plus en plus pénible. W... a essayé de lutter contre cette tendance à la rétraction en se dilatant avec des aiguilles d'os ou d'ivoire, préparées par lui-même. Je vous présente un de ces instruments improvisés, qui paraît d'ailleurs assez approprié au rôle de bougie dilatatrice qu'on lui a fait jouer. En dépit de la répétition de ces manœuvres la sténose a été toujours en s'accroissant. Les difficultés de la miction sont portées à un degré extrême; quand le malade pisse, l'urine commence par remplir et distendre considérablement la loge préputiale, puis filtre goutte à goutte ou s'écoule par un jet excessivement fin. Pour aider à son expulsion, le sujet presse et manipule le prépuce transformé en poche urinaire. La miction, assez souvent répétée, dure 8 ou 10 minutes.

L'examen de la verge ne révèle d'autre particularité que l'étroitesse de l'orifice du prépuce. Cet orifice est tellement petit que tout d'abord on ne l'aperçoit pas. On ne le découvre qu'à grand-peine, au centre d'une petite surface circulaire d'aspect cicatriciel. Un stylet très mince, après d'assez longs tâtonnements, finit par y pénétrer. A la palpation on sent que l'instrument est enfoncé dans une sorte de noyau dur d'un centimètre de longueur environ.

Le 2 janvier 1907, le malade est opéré à la cocaïne. Je pratique la circoncision qui met à découvert le gland intact, dont le méat est parfaitement normal.

Les suites sont des plus simples, et la guérison est complète au 8^e jour.

Sur la pièce, on constate que le revêtement interne du prépuce est assez

épais, et qu'il l'est d'autant plus qu'on se rapproche de la partie antérieure où apparaît le pertuis minuscule qui donnait issue à l'urine. Celle-ci traversait un canal cicatriciel long de 1 centimètre environ, et large d'environ 1/2 millimètre.

Il s'agit donc d'un rétrécissement relativement étendu et très serré.

Comme nous l'avons dit en commençant, il nous paraît indéniable que la disposition demeurée infantile du prépuce chez ce sujet, a favorisé d'abord et considérablement aggravé ensuite les altérations dues à l'urine diabétique. Peut-être aussi faut-il faire intervenir dans une certaine mesure les traumatismes légers mais répétés que le patient s'est infligés pour dilater son prépuce?

Quoi qu'il en soit, le rétrécissement porté à un tel degré chez ce glycosurique m'a paru un fait curieux et digne d'attirer un instant votre attention.

Leucoplasie vulvaire.

Par M. MORESTIN.

La leucoplasie vulvaire a fait l'objet de plusieurs travaux récents parmi lesquels l'important mémoire de Jayle et Bender (*Revue gynécologique*, 1905).

Il s'agit en effet d'une lésion extrêmement intéressante, dont les rapports avec le kraurosis d'une part (Jayle. *Rev. gyn.*, 1906), avec la lichénification consécutive au prurit (Leredde, *Journal des praticiens*, 1906) d'autre part, méritent d'être étudiés et discutés, dont les relations avec l'épithélioma sont actuellement parfaitement établies, et enfin qui nécessite souvent un traitement opératoire. C'est exclusivement sur ce terrain que je désire me placer en relatant l'observation d'une malade chez laquelle j'ai dû pratiquer une large intervention pour une leucoplasie très étendue s'accompagnant d'un prurit extrêmement pénible.

La malade est d'ailleurs connue de plusieurs membres de la Société; elle a été soignée assez longuement à l'hôpital Saint-Louis, et son histoire a été publiée en partie par M. Marcou dans la *Revue Internationale de Médecine et Chirurgie* (1905).

Agée de 46 ans, cette femme a eu autrefois deux enfants, puis quatre fausses couches, résultant, elle l'avoue, de manœuvres abortives. C'est une nerveuse, un peu inconsciente, très agitée et très bizarre, médiocrement sociable. Elle ne paraît pas avoir eu la syphilis, du moins rien dans son passé, ni d'après l'examen de son état actuel ne permet d'en relever aucun indice.

En 1904, elle a commencé à souffrir de démangeaisons vulvaires au niveau de la grande lèvre du côté gauche. On lui a fait des lotions au protargol, des applications de teinture d'iode, des attouchements avec une

solution de bichromate de potasse sur une plaque blanche révélée dès les premiers examens.

En 1904, elle a subi un traitement radiothérapique qui a fait rétrocéder la leucoplasie; elle a été soumise en outre aux courants de haute fréquence qui ont calmé les démangeaisons.

Mais celles-ci ont reparu au bout d'un temps très court, et n'ont pas cessé d'être très intenses, surtout pendant la nuit, surtout quand la malade est couchée. Elles sont réveillées par le moindre attouchement. La malade s'est, pour cette raison, interdit tout rapport sexuel. La miction est aussi une cause provocatrice du prurit; pour en atténuer les effets à ce point de vue, elle urine dans un bain ou dans un bidet plein d'eau.

L'examen de la vulve montre des altérations remarquables et considérablement étendues de son revêtement cutanéomuqueux, altérations prédominantes dans la moitié gauche où elles ont débuté. Toute la face interne de la grande lèvre gauche, toute la petite lèvre gauche, la fourchette, la plus grande partie de la petite lèvre du côté droit et la face interne de la grande, toute la muqueuse du vestibule jusqu'aux caroncules sont couvertes de plaques blanchâtres, d'un blanc plus ou moins éclatant, absolument comparable à la leucoplasie linguale. Ces plaques sont incorporées au derme, elles résultent d'une modification du revêtement muqueux, qui offre à la pression une certaine résistance, comparable à celle d'un cuir assez souple. A la surface de certaines plaques, sur la moitié gauche de la grande lèvre notamment, on note quelques productions papillomateuses, présentant une teinte rougeâtre ou d'un gris rosé. Il ne semble pas cependant qu'il s'agisse là d'épithélioma; en aucun point, on ne trouve rien qui offre les caractères bien nets de l'épithélioma. Sur le contour de la vulve et le périnée, aux limites des plaques blanches, on voit un liséré rouge en relief, liséré qui entre l'anus et la vulve devient une large bande, au niveau de laquelle la peau est extrêmement irritée et excoriée. Plus excentriquement encore, autre liséré, celui-là blanc et plus large, large de 1 à 2 centimètres, où la peau est décolorée, dépigmentée et lisse.

Le vagin est absolument indemne. L'utérus est également sain, ainsi que les annexes. Il n'y a pas de vaginisme, et non plus aucune tendance à la coarctation de l'anneau vulvaire. Le clitoris, l'orifice de l'urèthre et la zone intermédiaire sont sains.

Le 8 décembre, je pratiquai l'extirpation des lésions, c'est-à-dire l'ablation du revêtement cutanéomuqueux de la vulve presque en totalité, jusqu'aux caroncules. Pour cela, je traçai deux incisions curvilignes dessinant une sorte de grand croissant dont les deux pointes dirigées en avant répondaient à la partie tout antérieure des grandes lèvres. L'incision externe descendant sur la face externe des grandes lèvres venait passer transversalement au-devant de l'anus; l'autre longeant le clitoris et passant à 1 centimètre de l'orifice urétral, gagnait le plan des caroncules myrtiformes qu'elle suivait sur le contour presque entier de l'orifice vulvo-vaginal. Toute la partie comprise entre ces deux incisions fut disséquée avec soin et excisée.

L'extirpation faite, nous nous trouvons en présence d'une vaste plaie, dont la réparation semblait au premier abord offrir des difficultés. Je

commençai par libérer la peau autour de la plaie, faisant ce décollement à droite et à gauche jusqu'à 6 ou 7 centimètres.

Puis le vagin fut désinséré, décollé, en arrière et sur les côtés, mobilisé. Il se laissa docilement attirer, étaler, éverser, et je pus assez aisément suturer à la peau la muqueuse vaginale en arrière et latéralement. En avant je pus réunir directement les bords de la plaie, au niveau de chacune des pointes du croissant qu'elle figurait.

Les suites ont été très satisfaisantes. Quelques fils ont coupé en arrière, mais néanmoins la réunion du vagin à la peau s'est effectuée primitivement d'une façon à peu près complète. Les petites portions où la réunion d'emblée n'avait pas été obtenue, se sont cicatrisées secondairement dans un court délai — puisqu'à la fin de décembre la guérison était complète.

La malade a quitté la maison Dubois le 2 janvier. Depuis l'opération, elle se porte bien, elle n'a plus eu de démangeaisons, elle urine sans appréhension ; le sommeil est revenu. La vulve, simplifiée par l'opération, ne paraît pas pour cela mutilée. Les grandes lèvres ont été en partie reconstituées et l'ensemble n'offre rien de trop anormal ni de choquant.

Je voulais surtout, en signalant ce bon résultat, insister sur la facilité relative avec laquelle j'ai pu combler la perte de substance par mobilisation du vagin et des téguments.

C'est là un point assez important, car on s'accorde de plus en plus à considérer les leucoplasies comme des lésions toujours inquiétantes, constituant une grave menace de cancérisation plus ou moins prochaine et à conseiller leur ablation précoce. Dans le cas particulier de localisation vulvaire, le prurit tenace qui les accompagne ordinairement et tourmente si fortement les malades rend l'indication plus nette et plus pressante encore.

M. LEREDDE. — Je ne crois pas qu'il soit possible d'assimiler à la leucoplasie linguale les cas analogues à celui que présente M. Morestin. Dans les faits publiés sous le nom de leucoplasie vulvaire, il y a surtout des transformations lichéniennes de la vulve.

M. MORESTIN. — Aussi n'ai-je pas le désir de discuter la pathogénie, mais seulement de signaler un fait, de le classer cliniquement et d'en indiquer la thérapeutique chirurgicale possible.

Sur une asphyxie locale des extrémités avec sphacèle des oreilles.

Par MM. H. HALLOPEAU et LASNIER.

Ces accidents se produisent le plus souvent du côté des extrémités digitales. — Le malade que nous avons l'honneur de vous présenter montre que les oreilles sont susceptibles d'en être affectées exclusivement ; son observation peut être résumée ainsi qu'il suit :

Le nommé M... est âgé de 38 ans.

tic de mycosis fongoïde, c'est la forme des placards persistants d'urticaire; ils présentent en effet une configuration semblable à celle de placards mycosiques moulés par Baretta, le polymorphisme chez un même sujet est également un des caractères de cette maladie.

On sait, de longue date, nous en avons nous-même publié des exemples, qu'il peut y exister des lésions ortiées, mais elles n'y sont pas d'ordinaire persistantes. Les plaques circinées trichophytoïdes n'y avaient pas, à notre connaissance, été indiquées: *ce fait présente donc deux particularités nouvelles qui sont, d'une part, les plaques d'urticaire persistante en forme d'arc ou de fer à cheval, et, d'autre part, les plaques circinées ou ovalaires ressemblant à celles de la trichophytie cutanée.*

Sur une desquamation en masse des régions plantaires dans un cas de syphilis secondaire.

Par MM. H. HALLOPEAU et LASNIER.

On connaît de longue date les hyperplasies que présente partiellement la couche cornée de l'épiderme plantaire dans les syphilis secondaires tardives et dans les tertiaires: l'étude du malade que nous avons l'honneur de vous présenter montre qu'il existe chez lui des altérations très analogues, mais qui, avec des caractères particuliers, sont survenues dans les premiers temps de la période secondaire; nous résumerons ainsi qu'il suit son observation:

Le nommé J..., âgé de 33 ans, mécanicien, entre le 14 janvier 1907, salle Bazin, lit n° 130.

Le malade a contracté un chancre induré du gland en octobre dernier, avec adénopathies inguinales.

La roséole passe inaperçue, mais bientôt surviennent des lésions buccales et simultanément l'épiderme de la plante des pieds s'épaissit, il s'y forme des écailles assez épaisses, qui bientôt desquament en larges lambeaux.

En même temps, disparaissent des sueurs abondantes des pieds qui incommodaient le malade auparavant.

Lors de son entrée à l'hôpital, la face plantaire de chaque pied est recouverte, dans toute son étendue, de larges et très épaisses squames faisant comme une semelle sous chaque pied; de plus, du côté gauche, on voit 2 ulcérations larges comme des pièces de 50 centimes, l'une au talon, l'autre au niveau de la tête de la 1^{re} phalange du gros orteil; leur surface est grisâtre, elles sont très douloureuses à la moindre exploration, et en même temps le siège de douleurs spontanées lancinantes, surtout la nuit.

Les syphilides ulcéreuses qui se sont développées sur la lèvre supérieure, à la limite de la muqueuse et de la peau, ont les dimensions d'un pois; on en compte 5; elles sont recouvertes de croûtes épaisses.

Sur les deux jambes, il s'est développé des syphilides papulo-squameuses. Les amygdales sont le siège de plaques muqueuses.

Sous l'influence d'un traitement général par les frictions mercurielles, et

local par les pansements avec la solution de sublimé au 1/5 000, ces lésions se sont atténuées.

Actuellement, toute la partie médiane de la plante des pieds est débarrassée de ses lames cornées; elle présente une coloration rosée avec un épiderme mince et lisse; les squames épaisses qui continuent à recouvrir le talon et le devant du pied encadrent cette région; les ulcérations se sont cicatrisées.

Ce qu'il y a de remarquable dans ce fait, c'est la généralisation de l'exfoliation de l'épiderme à toute l'étendue des régions plantaires et sa chute en énormes lambeaux dans toute la partie centrale de ces régions où elle laisse un jeune épiderme rosé et lisse; il en résulte un aspect étrange que nous avons demandé à M. Baretta de bien vouloir reproduire.

D'autre part, nous ferons remarquer qu'il est singulier de voir cette manifestation secondaire se généraliser à toute l'étendue des surfaces plantaires comme si des syphilomes en large nappe s'y étaient développés; ce n'est pas ce que l'on observe généralement dans la syphilis acquise. Il s'agit bien cependant d'une manifestation de cette maladie, car il n'existe chez cet homme aucune autre cause de desquamation étendue; la localisation exclusive des lésions squameuses dans les régions plantaires et la persistance de la desquamation élimine l'hypothèse d'une manifestation scarlatineuse et, d'autre part, les ulcérations de la même région coïncidant avec les autres lésions indiscutables de syphilis ont une valeur décisive en faveur de cette interprétation.

On peut donc conclure de ce fait qu'*au début de la syphilis secondaire, les plantes des pieds peuvent être le siège d'une altération uniformément généralisée qui se traduit par l'exfoliation massive de tout leur revêtement épidermique.*

Sur une érythrodermie mycosique avec nodosités sous-cutanées.

Par MM. H. HALLOPEAU et LASNIER.

Ce troisième cas de mycosis présenté dans cette séance diffère complètement des deux autres par ses caractères cliniques.

Ce malade offre les caractères essentiels du type morbide que notre éminent collègue Besnier et l'un de nous ont fait connaître en 1892 au Congrès dermatologique de Vienne, avec une particularité nouvelle.

Son histoire peut être résumée ainsi qu'il suit :

Le nommé B..., âgé de 55 ans, cocher, entre fin décembre 1906, salle Vidal, lit n° 98.

C'est un homme vigoureux qui a toujours joui d'une excellente santé. Son père est mort vers 60 ans, d'une maladie nerveuse ; sa mère est morte vers 40 ans, d'un cancer abdominal.

Il y a un an environ, c'est-à-dire en janvier 1906, le malade, après avoir ressenti quelques douleurs articulaires, fut incommodé par un prurit généralisé non accompagné de rougeur de la peau. Ces accidents disparurent assez rapidement, et n'attirèrent guère l'attention du malade.

En mai, le prurit reparut, devint continu, généralisé, intense avec paroxysmes.

Peu à peu, la peau s'épaissit au niveau, d'abord du scrotum et de la face interne des cuisses, puis de l'abdomen, et enfin, sur toute la surface du corps : en même temps elle augmenta de consistance ; le plissement en était difficile. Concurrément, apparurent des plaques rouges sur les cuisses et sur la partie inférieure de l'abdomen ; elles ne tardèrent pas à se réunir, puis à devenir confluentes, bientôt la rougeur se généralisa à toute la surface cutanée, augmentant ou s'atténuant beaucoup par instants.

En novembre et décembre 1906, se produisit une série de petits abcès au niveau des jambes, des cuisses, et du bras droit ; ils s'ouvrirent spontanément et guérirent vite.

Les ganglions des régions axillaires et inguinales se tuméfièrent.

Actuellement, le prurit est toujours intense et généralisé. Il est continu, mais, par moment, il acquiert une violence excessive et mérite la qualification de *ferox*.

Le malade use ses ongles, tant il se gratte.

De plus, la peau de tout le corps est considérablement épaissie et résistante ; elle ne se laisse pas plisser ; elle paraît rude et sèche ; cependant des sueurs profuses incommode le malade par instants, surtout la nuit.

La peau est rouge, et cette rougeur, qui est variable suivant les moments, est généralisée si bien que le corps présente une teinte uniforme.

La peau du visage ne semble pas encore envahie ; cette région n'est nullement déformée.

Les poils des aisselles et du pubis sont tombés.

Les cheveux sont conservés sur les parties latérales de la tête, mais, dans la région occipitale, ils sont raréfiés en foyers, et cette disposition rappelle un peu l'aspect en clairière de l'alopécie syphilitique, quoique ici les îlots soient plus larges.

Le bord libre des ongles est complètement usé, concave même, et le lit unguéal forme comme un bourrelet dépassant la couche cornée. Celle-ci ne mesure guère plus de 8 à 10 millimètres de hauteur. Sa surface est remarquablement polie et brillante.

L'épiderme de la paume des mains est épaissi, squameux et fendillé : ces altérations s'étendent à la face palmaire des doigts, surtout au pourtour des plis articulaires.

Sur le dos des pieds, la peau est très plissée, épaissie et d'aspect lichénoïde.

Les jambes sont tuméfiées et le doigt produit le godet de l'œdème à la face interne du tibia. La peau des cuisses est le siège de nombreux sillons parallèlement dirigés de haut en bas et de dehors en dedans.

Les ganglions axillaires et inguinaux sont tuméfiés. De plus, vers le milieu de décembre 1906, se sont développées des nodosités sous-cutanées.

Au niveau de la région abdominale, on sent, en partant du bord inférieur de la 10^e côte et descendant vers le bord externe du muscle droit, sur une longueur de 6 à 8 centimètres, une série de ces nouures, les unes adhérentes au derme, les autres indépendantes, grosses comme de petites noisettes ou des pois. Quelques-unes s'alignent sans intermédiaires, formant comme une traînée inflammatoire. Elles communiquent une teinte rouge plus foncée à la peau ; elles sont complètement indolores.

Ces jours derniers, des nodosités analogues se sont manifestées au-dessus de la région inguinale droite. L'une d'elles nous paraît être un ganglion du volume d'une petite noix ; les autres, dirigées transversalement de dehors en dedans, s'étendent jusqu'au voisinage de la face postérieure de la cuisse, formant comme une bride très allongée, de 10 centimètres environ de longueur, sur 2 centimètres de large. Elle est légèrement sensible à la pression et adhérente au derme. A sa partie interne, sa largeur diminue, et elle ne donne plus au doigt que la sensation d'un gros porte-plume.

Au début, les lésions ont été partiellement suintantes et l'on a pu croire à un eczéma généralisé ; mais bientôt, l'épaississement de la peau, sa sécheresse, la violence frénétique du prurit, les usures unguéales, la chute partielle des poils, les adénopathies multiples ont rendu indiscutable le diagnostic que l'examen histologique, pratiqué après biopsie par M. Gastou, est venu confirmer, malgré les anomalies que présentent les altérations.

Nous insisterons sur l'*aspect tout particulier des ongles* avec leur surface brillante comme de l'ivoire et l'usure de leur bord libre.

A noter également, comme dans nos observations de 1892, l'*absence complète de prurigo* malgré l'intensité et la constance du grattage.

Comme particularité nouvelle, nous signalerons seulement les groupes de nodosités sous-cutanées qui se sont développées en série dans les régions abdominales et crurales.

Ces petites nouures, arrondies, indolores, disposées dans l'hypoderme en traînées arciformes ou longitudinales, n'ont été signalées, à notre escient, dans aucune autre maladie. C'est une nouvelle addition au tableau symptomatique si complexe des mycosis. Dans un cas douteux, elles pourraient servir à son diagnostic : elles montrent que l'agent infectieux encore inconnu qui, en toute évidence, en est la cause prochaine, pénètre dans l'hypoderme.

Nous mentionnerons enfin la *série de suppurations anthracôides* qui se sont succédé chez ce malade ; déjà, ce fait s'était produit dans le cas de Vidal : *la peau offre donc, dans cette forme de mycosis, un terrain de culture favorable au développement des microbes pyogènes.*

Examen histologique.

Par M. Gastou.

Deux fragments ont été prélevés, l'un au niveau du chapelet noueux que présente le malade près du sternum, le second dans la région abdominale droite.

Fixation au sublimé acétique, inclusion à la paraffine, colorations habituelles (Hématoxyline-éosinée, van Gieson, bleu polychrome, Gram, etc., etc.)

Le fragment sternal montre une prolifération papillomateuse de l'épiderme, une hyperkératose très accentuée. Au-dessous de l'épiderme, dans la région du derme, existent les mêmes lésions que l'on trouve dans le fragment abdominal. Au-dessous de la région papillaire le derme et l'hypoderme sont très épaissis ; les faisceaux conjonctifs et élastiques ont subi une hypertrophie considérable, par places les éléments conjonctifs ont subi un tel développement qu'il semble qu'on soit en présence d'un fibrome : cette structure explique la sensation de dureté que donne au toucher le chapelet noueux.

Le fragment sternal a la structure du précédent, la même constitution fibromateuse dans la profondeur. Voici le détail des lésions :

Épiderme. — L'épiderme n'a d'altérations manifestes, à part l'hyperkératose totale donnant lieu aux prolongements papillaires, que dans la couche cornée. La couche granuleuse, par places, est réduite à une assise de cellules, dans les autres points elle est normale. La couche cornée dans son ensemble est comme œdématiée, donnant l'impression du revêtement d'une muqueuse dermo-épidermique. Les cellules appartenant à la couche granuleuse sont vacuolaires, par places spongioïdes ; en deux ou trois points on a l'aspect vésiculaire.

On note la présence de cellules cornées à noyaux. Dans les autres parties de l'épiderme il n'y a pas d'autres altérations et aucune infiltration.

Région papillaire. — La région papillaire est œdémateuse, peu infiltrée, on note la présence d'un réticulum à filaments épais. Ces filaments correspondent à des capillaires ou partent d'eux. Le long de ces filaments, comme d'ailleurs autour des vaisseaux, toutes les cellules d'origine ou de nature conjonctive ont proliféré. Mais il n'y a pas de nodules d'infiltration leucocytaire.

Derme. — C'est dans le derme que prédominent les altérations. On y trouve des masses nodulaires. Ces masses sont formées de vaisseaux, de capillaires atteints d'endo-vascularite, et autour des vaisseaux se groupent des cellules.

Ces cellules sont pour la plupart de nature conjonctive, de sorte qu'il n'y a pas, à proprement parler, d'infiltration, mais une prolifération de tous les éléments conjonctifs : faisceaux et cellules.

On note en effet dans les nodules :

1° Le long des capillaires et autour des vaisseaux, des cellules allongées à noyau ovoïde ;

2° Des cellules en petit nombre ayant les caractères des plasmazellen ;

3° De nombreuses cellules allongées à noyau plat et effilé ;

4° Quelques mononucléaires ;

5° Dans les vaisseaux des polynucléaires ;

6° Une quantité considérable de mastzellen entourant ou longeant les vaisseaux.

Hypoderme. — Ici on note l'hypertrophie déjà signalée dans le fragment sternal et de place en place des traînées de cellules conjonctives analogues à celles des masses du derme.

En résumé : des lésions constatées dans la coupe on peut conclure à l'existence d'une affection localisée au tissu conjonctif et atteignant tous ses éléments : vaisseaux, cellules, faisceaux.

L'absence d'éléments cellulaires d'infiltration différencie cette affection de toutes les maladies infectieuses ou spécifiques, en particulier de la syphilis et de la tuberculose.

De toutes les affections cutanées c'est encore du mycosis que l'affection actuelle se rapproche le plus par ses lésions. Mais il s'agit là d'une forme histologique toute spéciale, à la fois eczématiforme et lichéniforme d'érythème mycosique.

Éruption chez un vanilleur.

Par MM. GAUCHER et MALLOIZEL.

L'examen d'un malade, soigné récemment à la polyclinique du service, et son interrogatoire nous permettent d'émettre quelques hypothèses sur l'origine de certaines éruptions vanilliques.

Cet homme travaille depuis plus de 8 ans au nettoyage des vanilles brutes. Il a eu une éruption analogue à celle qu'il porte il y a 4 ans, qui a guéri très vite par les bains d'amidon.

L'éruption qu'il présente actuellement et qui a débuté il y a 2 jours, siège sur la poitrine, sur les sourcils et autour du nez. Elle est caractérisée essentiellement par un fond érythémateux, sur lequel on voit des éléments papuleux, légèrement acuminés, ressemblant au lichen péripilaire.

Elle est extrêmement prurigineuse. Son apparition a été précédée de bouffées de chaleur, de malaise, d'anorexie, de céphalée, symptômes qui ont vite disparu.

Interrogé sur les origines de cette éruption, notre malade l'attribue sans hésitation au *formol*, qui est en usage dans la plupart des vanilleries pour empêcher la pullulation des moisissures. Les vanilles avariées sont lavées et brossées avec une solution de formol du commerce dilué à 5 p. 100. De plus, les têtes des gousses sont badigeonnées de formol pur.

Jamais le malade n'a vu d'accidents analogues chez les ouvriers qui manipulent les vanilles non formolées. Les seuls atteints sont les hommes employés comme lui au nettoyage et les femmes qui mettent les gousses en paquets. Chez les hommes, qui travaillent avec des gants, l'éruption ne se développe pas aux mains, mais à la poitrine et sur la face. (Les ouvriers se frottent fréquemment le visage avec leurs gants à cause de la poussière.) Les femmes au contraire, qui n'ont pas de gants, ont de plus une éruption

analogues sur les mains et les avant-bras. Elle serait fréquemment, chez elles, accompagnée d'œdème local aux mains et au visage.

Notre malade paraît très affirmatif en attribuant au formol l'origine de ses maux. Autrefois, il incriminait les moisissures; mais l'éruption se développe aussi bien chez les femmes qui ne manipulent que les vanilles nettoyées. Tous ses camarades ont aussi, dit-il, la même opinion. Il nous a paru intéressant de signaler cette origine possible de certaines éruptions vanilliques.

Chancre mou de la main.

Par MM. DANLOS et DEROME.

Un homme de 24 ans qui présentait depuis un mois une couronne de chancres mous typiques, au niveau du sillon balano-préputial, a vu se développer depuis 10 jours, sur la base de l'annulaire de la main droite, une ulcération ayant également l'aspect d'un chancre mou. Cette ulcération, large comme une pièce de 1 franc, s'est accompagnée presque d'emblée d'un bubon cubital suppuré très volumineux.

L'examen bactériologique du liquide chancereux et du pus du bubon, fait par M. Rubens Duval, a été négatif. L'inoculation à la main s'est produite à la faveur d'érosions professionnelles.

Plaque d'atrophie cutanée.

Par MM. DANLOS et DEROME.

Une jeune fille de 16 ans présente sur la région scapulaire droite une plaque atrophique, plus grande que la paume de la main, à limites assez nettes. Ces limites sont plus sensibles à la vue qu'au toucher. Une brusque décoloration sans dépression visible ou palpable (sauf sur un point circonscrit) signale la zone atrophique. Le fond de celle-ci est lisse, uni, non cicatriciel. Sa blancheur mate tranche sur la peau saine et est parsemée d'une multitude de petites taches rouges lenticulaires qu'on semble voir par transparence et qui ne disparaissent pas complètement par la pression. L'atrophie cutanée se caractérise au palper par la minceur extrême de la peau qui a perdu, en outre, à ce niveau sa doublure graisseuse. La sensibilité au contact léger et à la chaleur est conservée; la pression lente est indolore, mais un pincement brusque détermine une douleur assez vive dans toute la superficie de la plaque.

Cette atrophie s'est développée à l'insu de la malade; on la lui a fait remarquer il y a 6 ans environ et elle ne peut donner aucun renseignement sur la façon dont a débuté la lésion. Peut-être y a-t-il lieu de croire à l'existence antérieure d'une plaque de morphee; mais l'absence absolue de tout renseignement digne de confiance oblige à une grande réserve.

Aucune plaque analogue sur le reste du corps. Santé généralement bonne. Pas de tare syphilitique ou tuberculeuse appréciable. Une légère scoliose à concavité latérale droite, avec saillie de l'omoplate, est la seule lésion concomitante.

Nouvelle note sur un cas de parapsoriasis. Réaction à la tuberculine. Examen histologique.

Par M. MILIAN.

Conformément à mon intention première, j'ai continué l'étude du malade atteint de parapsoriasis que j'ai présenté à la Société de dermatologie au mois de janvier dernier.

Le 8 janvier, à 11 heures du matin, je lui injectai 1^{mm}s,5 de tuberculine. Ainsi qu'on peut le voir sur la courbe ci-contre, la réaction fut positive. A minuit, la température montait à 37°,6, le lendemain à

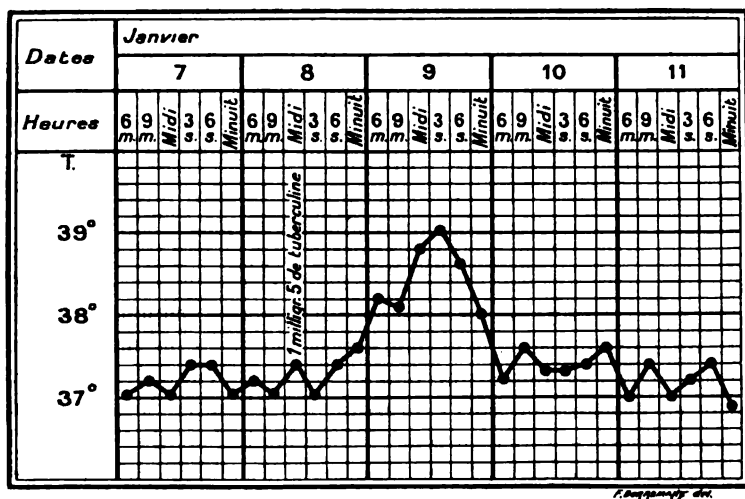


FIG. 1.

9 heures à 38°,4 et à 3 heures du soir atteignait 39°,2 pour redescendre à la normale le lendemain matin. La fièvre s'est accompagnée de céphalée, d'insomnie, de fatigue générale. La piqûre elle-même a été douloureuse et l'était encore le surlendemain 10 janvier.

Aux flancs et dans le dos, je voyais le 10 janvier, une éruption très démangeante apparue la veille, rouge vif, douce au toucher, formée d'éléments papuleux, souvent confluent, jusqu'à former placard sur lequel existaient des intervalles de peau saine. L'éruption ressemblait un peu à celle de la rougeole, avec la distribution en moins.

Le 11 janvier les phénomènes généraux étaient tombés, mais l'éruption était plus accusée. Celle-ci disparut les jours suivants, mais l'éruption primitive de parapsoriasis resta plus marquée pendant une quinzaine de jours. Aujourd'hui, elle est absolument identique à ce qui existait le jour de l'entrée du malade. La tuberculine n'a donc eu aucune action thérapeutique.

Examen histologique de la biopsie faite sur un des éléments du dos le 21 décembre 1906 (C-56). — L'élément biopsié était arrondi, nettement érythémateux avec squame commençante à peine visible.

A un faible grossissement, on constate immédiatement :

- 1° Une sclérose diffuse du derme profond et du derme papillaire ;
- 2° Des infiltrats cellulaires peu abondants du derme papillaire ;
- 3° Des vaisseaux dilatés dans cette même région papillaire ;
- 4° Quelques altérations épidermiques consistant surtout en l' amincissement du corps muqueux au niveau de papilles allongées et en irrégularité de disposition de la couche germinatrice.

Reprenons chacun de ces éléments :

1° *La sclérose du derme profond* est très accentuée. Elle est formée de gros faisceaux conjonctifs colorés en rouge vif par le van Gieson. Ces faisceaux, au lieu d'être dirigés parallèlement à la surface de la peau, sont souvent disposés en faisceaux en tourbillons séparés par de nombreuses fentes longitudinales ou plus souvent incurvées, ou sinueuses, ou bifurquées et bordées de place en place par des cellules conjonctives ou endothéliales. Ces fentes, d'ailleurs assez larges, donnent au tissu l'apparence craquelée. Elles ne paraissent pas être des artifices de préparation, mais bien des vaisseaux lymphatiques dilatés. Les faisceaux conjonctifs sont séparés de place en place par des cellules conjonctives bien colorées et un peu hypertrophiées. Ils sont en général luisants et réfringents. Cet état s'accroît par places jusqu'à former des blocs vitreux où la dégénérescence hyaline est évidente.

Les fibres élastiques (colorant de Weigert), loin d'avoir suivi une multiplication parallèle, paraissent diminuées. En quelques points où l'état vitreux du tissu conjonctif est très accentué, elles disparaissent même presque complètement.

La sclérose est très marquée autour du cul-de-sac des glandes sébacées, dans sa membrane conjonctive.

La sclérose du derme papillaire est bien plus délicate. Elle apparaît d'une couleur rouge rosé beaucoup plus vif, car dans le derme profond les régions vitreuses tendent au jaunâtre.

Elle s'étend d'une manière uniforme dans tout le derme papillaire et jusqu'au sommet des papilles, sans être systématisée autour des vaisseaux.

Les cellules conjonctives y sont hypertrophiées et modérément hyperplasiées. Certaines possèdent un noyau bi-, tri- ou multilobé et contourné.

2° *Infiltrats cellulaires du derme papillaire.* — Outre les cellules conjonctives ci-dessus, on rencontre de place en place, mais assez rarement, des polynucléaires qui sont manifestement en voie de fixation, ainsi qu'en témoignent l'étirement de leur noyau et la coloration foncée de celui-ci.

Il existe des infiltrats cellulaires autour des vaisseaux du derme, en très petite quantité dans le derme profond, en grande abondance dans le derme papillaire.

Ces infiltrats sont composés surtout de cellules conjonctives à noyau ovoïde volumineux, clair et granuleux, ayant tendance à former des cellules épithélioïdes, puis des cellules conjonctives à noyau allongé et opaque, de quelques polynucléaires en voie de fixation; on rencontre beaucoup plus rarement, très rarement même, une plasmazelle ou une cellule embryonnaire.

Au niveau des papilles jusque sous l'épiderme, l'infiltrat peu serré, plus diffus, est composé presque uniquement de cellules conjonctives des deux variétés ci-dessus décrites, et de leucocytes polynucléaires étirés avec les mêmes altérations que ci-dessus.

3° Les *vaisseaux* sont dilatés dans les papilles, entourés d'infiltrats mais non de fibres conjonctives.

4° L'*épiderme* présente un certain nombre d'altérations intéressantes. La limite au niveau de la membrane basale est inégale. Les cellules du *stratum germinativum* sont effilées, comme on l'observe dans les kératomes séniles préépithéliaux. L'*état vacuolaire périnucléaire* est fréquent. Enfin, on trouve de temps en temps dans le corps muqueux de Malpighi des cellules à kératinisation prématurée donnant l'aspect de pseudo-coccidie : bloc amorphe coloré en jaune rougeâtre par l'éosine, présentant un noyau atrophié le plus souvent périphérique, bloc inscrit dans une cavité qu'il ne remplit pas entièrement.

Le Secrétaire,

E. LENGLET.

CORBEIL. — IMPRIMERIE ÉD. CRÉTÉ.

SÉANCE DU 7 MARS 1907

Présidence de M. H. Hallopeau.

SOMMAIRE. — Épithélioma étendu de la face. Ablation; application secondaire de greffes dermo-épidermiques, par M. MORESTIN. (Discussion : MM. DANLOS, DE BEURMANN, LENGLET, CHARMEIL, GASTOU.) — Adénite cervicale tuberculeuse extirpée par l'incision esthétique rétro-auriculaire, par M. MORESTIN. (Discussion : M. HALLOPEAU.) — Volumineux angiome de la face chez une négresse, par M. MORESTIN. (Discussion : MM. HALLOPEAU, DANLOS.) — Cancer du pharynx chez une femme atteinte antérieurement d'accidents tertiaires pharyngés, par M. MORESTIN. (Discussion : M. HALLOPEAU.) — Eczéma avec kératodermie palmaire et plantaire, par MM. BALZER et MERLE. — Psoriasis atypique; localisation sur la muqueuse des lèvres et peut-être sur la muqueuse linguale, par MM. BALZER et MERLE. (Discussion : MM. BÉNARD, HALLOPEAU, BALZER.) — Malade atteint simultanément d'une éruption spécifique et d'un lichen scrofulosorum, par M. RENAUULT. (Discussion : MM. DANLOS, DÉHU.) — Syphilis secondaire rebelle au mercure, survenant par poussées cutanées accompagnées d'accidents méningés, par MM. GAUCHER et MALLOIZEL. (Discussion : M. DANLOS.) — Note sur un nouveau cas de sporotrichose hypodermique, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT. (Discussion : MM. GAUCHER, MONIER-VINARD, GASTOU, BAUDOUIN, DE BEURMANN.) — Évolution et examen histologique de l'éruption psoriasiforme par tuberculine, présentée à la dernière séance, par M. MILIAN. — Sur une épidémie de chancres simples, par M. HALLOPEAU. — Nouvelle note sur un cas d'ichtyose anormale avec productions bulleuses, par M. HALLOPEAU. — Sur un trajet fistulo-gonococcique du fourreau, par MM. HALLOPEAU et BARDET. (Discussion : MM. BALZER, HALLOPEAU.) — Sur un nouveau cas d'érythrodermie mycosique, par MM. HALLOPEAU et DESHAYES. — Sur les cicatrices consécutives aux tuberculides papulo-nécrotiques, par MM. HALLOPEAU et LASNIER. — Chancres syphilitiques de l'œil, par MM. DANLOS et DEROYE. (Discussion : M. GAUCHER.)

Épithélioma étendu de la face. Ablation; application secondaire de greffes dermo-épidermiques.

Par M. MORESTIN.

Voici encore un exemple d'épithélioma très étendu de la face dont la guérison a été obtenue dans les conditions les plus satisfaisantes par l'ablation chirurgicale suivie de l'application tardive de greffes dermo-épidermiques. On ne saurait trop attirer l'attention sur la simplification qu'apporte dans le traitement de telles lésions l'abandon pendant quelque temps de la plaie à la réparation spontanée. Elle se comble, se nivelle, se réduit prodigieusement, offre une surface plane

et résistante où s'appliquent aisément des greffes, dont les dimensions sont infiniment moindres que celles qu'il eût fallu leur donner primitivement. L'opération en deux temps est surtout justifiée chez les vieillards, auxquels conviennent plutôt des interventions successives courtes et bénignes. La présente observation, jointe aux autres faits très analogues qui vous ont été soumis par moi dans de précédentes séances, montre le bien fondé, la simplicité, la bénignité, l'efficacité de cette pratique.

Apollinaire Pozerski. Polonais, âgé de 70 ans, m'est adressé au mois



FIG. 1.

d'octobre 1906 par le Dr Galezowski, l'oculiste bien connu, son compatriote. Il entre, le 27 octobre, dans mon service à la maison Dubois.

P... est porteur d'un épithélioma ulcéré et végétant qui couvre la région malaire du côté droit, et de là s'étend sur la tempe, la joue, la région massétérine, et gagne même la paupière inférieure. La lésion est heureusement superficielle, purement cutanée, mobile sur les plans profonds et même très mobile en raison de la laxité et de la flétrissure générale des téguments. Pas d'engorgement ganglionnaire. L'affection date de plusieurs années déjà: elle a débuté, nous dit le malade, au centre de la pommette, au niveau d'une

petite coupure due à la maladresse d'un barbier. Les détails qu'il nous donne sont d'ailleurs assez insignifiants, et de son histoire il faut retenir simplement que l'affection est déjà ancienne et n'a été l'objet d'aucun traitement. Le diagnostic n'étant aucunement douteux, je pratiquai, le 31 octobre, l'ablation de la tumeur. La figure 4 indique le siège et l'étendue de la surface ulcérée et le bourrelet saillant qui la circonscrit ; mais il fallait, certes, passer à distance et couper dans la peau saine. Si l'intervention ne présenta aucune difficulté, la perte de substance fut donc considérable. Dans la plaie se trou-



FIG. 2.

vaient exposés l'os malaire, l'aponévrose temporale, le masséter, les filets du facial, le canal de Sténon. La paupière inférieure avait dû être entamée. Je ne fis aucune tentative d'autoplastie, et après ligature de quelques artérioles, je laissai les choses en l'état, sous un pansement aseptique.

Le 8 novembre, je constatai que la plaie commençait à se réparer, à se couvrir de bourgeons charnus. Elle présentait dans le sens vertical 8 centimètres, dans le sens transversal 6 cent. $1/2$ au-dessous de l'os malaire et 6 au niveau de l'apophyse orbitaire externe. Elle s'arrêtait en arrière à un petit travers de doigt du tragus, en avant à 4 centimètres du nez, en haut remontait à 3 cent. $1/2$ au-dessus de l'arcade zygomatique, en bas descendait à 2 cent. $1/2$ du bord inférieur du maxillaire inférieur.

Le 12, le canal de Sténon et les filets du facial n'étaient plus visibles,

enfouis sous la pullulation des bourgeons charnus qui couvraient et nivelaient la plaie. L'état général non seulement se maintenait mais semblait chaque jour s'améliorer. La température demeurait normale.

Le 17 novembre, la plaie, tout à fait plane, nous parut commencer à se réduire très notablement. Des mensurations nous montrèrent qu'elle présentait alors 8 centimètres de hauteur, 5 1/2 de largeur au-dessous du malaire et 5 au niveau de l'apophyse orbitaire externe. Cette tendance à la réduction s'était déjà accentuée quand le malade nous quitta pour quelque temps le 23 novembre.

Il revint le 3 janvier 1907, les pansements aseptiques et les applications iodées ayant été continués avec soin dans l'intervalle. La plaie très superficielle, rose et suppurant très peu, était en excellent état. Elle s'était rétrécie au point de ne plus offrir que 3 centimètres en largeur et 3 cent. 3/4 dans le sens vertical. Il n'y avait aucune déviation des paupières, aucune gêne à leur occlusion.

Le 4 janvier, après avoir légèrement cureté la surface de la plaie, je la couvris entièrement de greffes dermo-épidermiques prélevées sur la face antérieure de la cuisse droite.

Quand je soulevai le pansement le 9 janvier, je constatai que ces greffes s'étaient bien réunies, que leur vitalité était assurée et le succès certain.

De fait, au bout de peu de jours la cicatrisation était parfaite et le résultat obtenu pleinement satisfaisant (fig. 2).

M. DANLOS. — Le résultat est excellent et la cicatrice très belle ; évidemment on peut obtenir aussi bien par d'autres méthodes, en particulier par les applications de radium ; mais celles-ci sont pratiquement impossibles sur une surface aussi étendue que dans le cas de M. Morestin. Il faudrait un nombre de séances considérable, et la durée du traitement serait excessive.

M. DE BEURMANN. — La chirurgie reste toujours la méthode de choix dans bien des cas. Certainement la radiothérapie donne aussi de magnifiques succès, mais elle n'est pas toujours efficace. La distinction établie par Darier selon la forme histologique de l'épithélioma, a, je crois, une grande importance : les formes tubulées sont seules justiciables des rayons X.

Du reste ces deux procédés d'élection, l'exérèse chirurgicale et la radiothérapie, peuvent se prêter un mutuel appui ; l'application des rayons X sur les cicatrices opératoires paraissant capable de prévenir les récidives.

M. LENGLET. — La distinction établie par Darier n'a qu'une valeur très relative ; lui-même est revenu à cet égard sur ses premières affirmations. Quant à l'action préventive des rayons X appliqués sur les cicatrices opératoires, elle est très difficile à préciser ; ce qui est certain, c'est que les récidives se produisent parfois malgré leur emploi.

M. DANLOS. — Il est un fait assez curieux que j'ai observé plusieurs fois dans le traitement des épithéliomas par la radiothérapie ; au début et pendant un certain temps les résultats sont excellents : la tumeur diminue considérablement et l'on croit toucher à la guérison lorsque tout à coup, sans que l'on sache pourquoi, l'épithélioma reprend sa marche extensive, souvent

aiguë, et se montre désormais absolument réfractaire au traitement radiothérapique qui semble avoir perdu toute efficacité.

M. LENGLET. — Je n'ai jamais observé de faits de ce genre dans le service de M. Brocq.

M. CHARMEIL. — La cause de ces variations dans l'action des rayons X nous est complètement inconnue. Chez une femme portant deux épithéliomas de la face, j'ai fait traiter les tumeurs dans les mêmes conditions par l'irradiation : or, l'une d'elles guérit complètement et n'a pas récidivé ; l'autre tumeur, après une amélioration passagère, est repartie de plus belle et dut être envoyée au chirurgien. En somme, il est pour ainsi dire impossible de faire un pronostic en ce qui concerne le traitement radiothérapique d'un épithélioma.

M. GASTOU. — Relativement aux récidives d'épithéliomas traités par la radiothérapie, j'ai pu faire sur des malades traités dans le service de M. Danlos les remarques histologiques suivantes :

Trois malades en particulier atteints d'épithélioma pavimenteux (type corne), ont très rapidement guéri, mais peu après s'est manifestée une récidive, non pas analogue cliniquement à la néoplasie primitive, mais sous forme d'un noyau dur, globulaire, sous-cutané. Or, ce noyau biopsié avait la structure histologique d'un sarcome. J'ai proposé pour ces tumeurs le nom de sarcome épithélioïde, elles ont une évolution souvent ulcéreuse, extensive et rapide que la radiothérapie est dans la plupart des cas impuissante à modifier. Ces néoplasies de récidive semblent être en rapport avec l'envahissement lymphatique.

M. DANLOS. — Voici le moulage d'un épithéliome du dos de la main, précisément un de ceux qui ont été examinés par M. Gastou ; après une guérison presque complète, la tumeur, qui était *exubérante* et *végétante*, a sans interruption de traitement, sans radiodermite, repris sa marche envahissante sous forme d'*ulcération creuse* à bords ulcérés, sur laquelle la radiothérapie a été radicalement impuissante.

Adénite cervicale tuberculeuse extirpée par l'incision esthétique rétro-auriculaire.

Par M. MORESTIN.

En 1902, dans un article de la *Gazette des hôpitaux*, puis au Congrès de Chirurgie (octobre 1902), j'ai montré comment on pouvait utiliser le sillon rétro-auriculaire pour pratiquer l'ablation esthétique de certaines tumeurs de la parotide et du cou.

L'incision pratiquée dans le fond du sillon, on décolle de proche en proche les téguments, jusqu'au niveau de la tumeur dont on ouvre la loge. Graduellement libérée de ses connexions avec la sonde cannelée, les ciseaux ou le doigt, la tumeur devenue mobile se laisse finalement énucléer d'un bloc, ou extraire par fragments. Une telle pratique n'est

utilisable que dans des cas bien déterminés et peu nombreux. Il faut assurément que la question d'esthétique ne soit pas négligeable pour le sujet ; il convient surtout de n'appliquer ce procédé qu'à des tumeurs bénignes, bien circonscrites, encapsulées, mobiles. Les adénopathies tuberculeuses en particulier ne s'y prêtent qu'exceptionnellement. Chez la jeune fille que je vous présente, des conditions favorables m'ont permis de faire l'extirpation d'une adénopathie chronique carotidienne par mon incision esthétique rétro-auriculaire.

Il s'agit d'une fille de 12 ans, M^{lle} B... qui m'a été adressée par M. Gaucher et qui est entrée à l'Hôtel-Dieu le 22 février 1906, salle Sainte-Marthe, n° 2, dans le service de Guinard que je remplaçais. Elle présentait à la partie supérieure de la région sterno-mastoïdienne, du côté droit, une adénite chronique, évoluant depuis deux ans environ et qui avait résisté au traitement médical, aux applications locales et même à des injections médicamenteuses interstitielles. Fort heureusement ces dernières n'avaient pas été prolongées outre mesure.

Le ganglion altéré formait une masse du volume d'un œuf de pigeon, de consistance ferme, très mobile, indolente à la pression, sans adhérence aux téguments ou au sterno-mastoïdien. Aucune autre adénopathie.

L'enfant est pâle et médiocrement développée, mais à tout prendre sa santé générale est satisfaisante et n'apporte aucune contre-indication au traitement chirurgical.

Le 28 février j'extirpe le ganglion malade par la voie rétro-auriculaire. La peau incisée dans le fond du sillon, je soulève les deux lèvres de la plaie, les libère, et décolle de haut en bas les téguments jusqu'au-dessous de la tumeur. Celle-ci est refoulée de bas en haut et maintenue par ma main gauche, tandis que de la droite armée d'une pince faisant office de sonde, je dilacère autour d'elle le tissu cellulaire, me serrant à la tumeur, me gardant de toute échappée et contrôlant de temps à autre le travail accompli par un doigt glissé par la plaie dans l'espace décollé. Du bout de l'index j'active enfin cette libération et la masse entièrement détachée se laisse doucement repousser vers la plaie et expulser. Drain. Sutures à la soie fine. Ce drain fut ôté le troisième jour, les fils le sixième. Le 10 mars la malade pouvait quitter l'Hôtel-Dieu, complètement guérie.

Le ganglion contenait à son centre un petit foyer caséeux ramolli.

Le résultat opératoire est tout à fait satisfaisant et rien, aucune cicatrice apparente, ne rappelle l'intervention subie.

M. HALLOPEAU. — Je tiens à faire ressortir le haut intérêt de cette méthode opératoire, surtout quand il s'agit de jeunes filles pour lesquelles les cicatrices de la région sous-maxillaire constituent toujours une tare d'autant plus pénible qu'elle est plus apparente.

Volumineux angiome de la face chez une négresse.

Par M. MORESTIN.

Étant à la Martinique en 1903, j'ai pu observer, au bourg de Sainte-Marie, dans le nord-est de l'île, un monstrueux angiome de la face, développé chez une jeune négresse. J'ai pu en faire prendre des photographies, que je vous sou mets. Les lésions non seulement sont fort étendues mais déforment le visage de la façon la plus singulière.

La dite négresse est âgée de 13 à 14 ans; sa tumeur est actuellement



FIG. 1.

stationnaire, après avoir progressé depuis la naissance jusqu'à il y a deux ou trois ans. Elle ne présente par ailleurs aucune difformité, son état général est excellent et elle est bien développée pour son âge. L'angiome occupe toute la moitié droite de la face, distend la joue, la région parotidienne, la paupière inférieure, déborde sur la tempe et la région sous-maxillaire sur la face dorsale du nez et le menton. Au niveau du menton la tumeur forme une saillie mousse qui prolonge considérablement cette éminence. De même elle forme au-dessus du nez une sorte de lobe gros comme un œuf qui se superposant à la saillie nasale donne au visage un aspect caricatural des plus extraordinaires. Jointe à celle du menton elle donne au profil du sujet l'apparence d'un figure de polichinelle. La bouche semble déviée vers la gauche, car la



FIG. 2.



FIG. 3.

tumeur se prolonge un peu dans l'épaisseur des lèvres au voisinage de la commissure droite, augmente leur volume surtout pour l'inférieure qui tend à s'éverser. L'orifice labial paraît oblique, dévié vers la gauche et asymétrique.

La tumeur présente du reste tous les caractères de l'angiome, elle est molle, réductible, se distend dans l'effort; du côté de la face interne de la joue droite et au niveau du bord libre des lèvres elle offre la coloration violette habituelle à ces sortes de lésions. Du côté de la peau, on ne peut apprécier cette coloration, les téguments paraissent seulement dans l'étendue de l'angiome encore plus noirs. L'indolence est complète; mais pour être négresse et habiter un bourg de la Martinique, la pauvre fille n'en est pas moins exposée à des humiliations pénibles et quotidiennes, du fait de sa difformité.

Malgré les dimensions, le siège, les connexions de cet immense angiome, je pense qu'on aurait pu tenter quelque chose si les circonstances avaient permis de transporter cette infortunée dans un milieu chirurgical. Je crois que l'on aurait pu faire l'ablation des parties nasale et mentonnière de la tumeur qui sont les éléments les plus choquants de la difformité. Le reste aurait pu être attaqué soit par l'électrolyse, soit plutôt par les injections sclérogènes de chlorure de zinc qui m'ont fourni un beau succès dans un très mauvais cas. (Congrès de Chirurgie 1899.)

M. HALLOPEAU. — Peut-être le radium pourrait-il donner quelques résultats dans les cas de ce genre.

M. DANLOS. — J'en ai obtenu quelques succès, surtout dans des angiomes plans; mais dans les formes tubéreuses comme celle-ci, et surtout sur des surfaces aussi étendues, je crois que le traitement serait inefficace, en tout cas il serait désespérément long.

Cancer du pharynx chez une femme atteinte antérieurement d'accidents tertiaires pharyngés.

PAR M. MORESTIN.

La syphilis semble favoriser à un haut degré l'éclosion du cancer, du moins du côté des muqueuses et particulièrement de la muqueuse buccale. La leucoplasie, le fait est aujourd'hui admis, sert dans bien des cas de trait d'union entre les deux maladies. Le rôle prédisposant de la syphilisme paraît intéressant à noter chez la malade que je vous présente, laquelle atteinte aujourd'hui d'un cancer du pharynx, avec énorme adénopathie cervicale, a eu précédemment des accidents spécifiques qui ont détruit partiellement le voile du palais, et transformé en tissu cicatriciel la moitié gauche du pharynx buccal.

Cette malade, âgée de 62 ans, Marie B..., lingère, est entrée le 25 février dans mon service à la maison Dubois. Elle a eu la syphilis à l'âge de 24 ans; à cette époque elle subit à l'hôpital Saint-Louis un traitement qui malheureusement fut cessé après la disparition de la roséole.

Un an après environ, étant à Lyon, elle dut entrer dans un hôpital de cette ville pour des accidents dont le lien avec la maladie antérieure n'était que trop manifeste.

Elle moucha du pus, rendit par les narines des fragments d'os nécrosés, et le nez s'affaissa à sa base. Elle fut soignée pendant plusieurs mois. Dans la suite elle eut cinq enfants, le premier à l'âge de 30 ans, le dernier à 37 ans; deux sont vivants et, dit-elle, en bonne santé; les autres ont succombé dans la première enfance.

Il y a 3 ans elle fut traitée à l'hôpital Lariboisière pour des lésions de la gorge. On lui fit alors des injections d'huile grise. La nature de ces lésions ne saurait faire de doute, car nous en retrouvons les traces trop visibles par le plus simple examen; il s'agissait de gommès qui ont détruit une partie du voile et de la paroi pharyngée.

L'affection qui nous l'amène actuellement a commencé à se manifester il y a 8 mois environ. La malade a constaté alors dans la région carotidienne gauche la présence d'une masse arrondie et dure, qui n'a depuis cessé de se développer, et qui est aujourd'hui considérable. Depuis deux mois sont survenus des troubles de la phonation, et plus récemment de la gêne respiratoire. C'est sous la pression de cette menace de suffocation que la malade est entrée à la maison Dubois, où le jour de son entrée l'on craignit d'être obligé de faire la trachéotomie d'urgence. La malade a beaucoup maigri au cours du dernier trimestre et le fléchissement de l'état général est évident: dès le premier abord on est frappé de l'aspect cachectique, de l'émaciation et de la pâleur du sujet.

Ce qui attire ensuite l'attention, c'est la tumeur cervicale dont les proportions sont énormes, car elle occupe toute la moitié gauche du cou et envahit les téguments qui sont à la veille de s'ulcérer. La tumeur remonte en haut jusqu'à l'apophyse mastoïde, et au conduit auditif externe; elle envahit la région parotidienne et soulève le lobule de l'oreille. En avant elle déborde de la région carotidienne dans les régions sus et sous-hyoidiennes et vient presque dépasser la partie la plus saillante du larynx. En bas elle descend jusqu'à l'extrémité interne de la clavicule et envahit le creux-sus-claviculaire. En arrière elle gagne les muscles de la nuque.

Cette masse est diffuse, très ferme, ligneuse, adhérente dans la profondeur. fusionnée avec la peau sur presque toute son étendue. Les téguments, d'un rouge violacé, sont complètement fixés. En plusieurs endroits ils offrent des bosselures d'un blanc rosé parcourues par des faisceaux de veinules; en ces points l'ulcération est imminente.

Cette grosse masse cervicale est certainement une tumeur maligne, très maligne, en voie de progression rapide.

L'examen bucco-pharyngé montre qu'elle doit être considérée comme secondaire.

Dès l'ouverture de la bouche on constate l'existence d'une leucoplasie peu accentuée mais étendue, car elle occupe la face interne des deux joues et les

deux bords de la langue. Ce dernier organe présente une sorte d'atrophie de sa moitié gauche, qui est plissée flétrie et ratatinée. Cet aspect n'est pas lié à une sclérose interstitielle. La palpation ne fait percevoir à ce niveau aucune induration, aucun changement de consistance.

Il suffit d'abaisser quelque peu la langue pour reconnaître du côté du pharynx les marques évidentes de la syphilis tertiaire. Le voile du palais présente dans sa moitié gauche une grande perte de substance, une profonde échancrure de son bord postérieur entamant la partie correspondante de la luette. Celle-ci est infléchie vers la gauche, attirée et fixée à la paroi pharyngée par un grêle tractus grisâtre.

On n'aperçoit plus les saillies des piliers gauches du voile, ni l'amygdale de ce côté. Toute la moitié gauche du pharynx buccal est occupée par des cicatrices d'un blanc grisâtre et des brides fibreuses en relief.

Par le toucher on peut percevoir en outre des lésions d'un autre ordre. On sent en effet profondément sur les limites du larynx, épiglotte et repli aryéno-épiglottique, à cheval sur la base de la langue et la partie adjacente du pharynx, la tumeur d'où procède l'énorme masse cervicale.

Une partie seulement du néoplasme est accessible. On reconnaît sa partie antéro-supérieure, sous forme d'une plaque, d'un bourrelet saillant très dur, au delà duquel le doigt plonge dans une excavation irrégulière. Le point de départ exact de la tumeur ne peut, on le conçoit, être établi avec certitude, mais selon toute vraisemblance les lésions ont débuté à l'union de la langue et du pharynx et se sont propagées ensuite vers les deux organes. Cette localisation explique les troubles vocaux et respiratoires accusés par la malade. La pauvre femme est tellement affaiblie et les explorations amènent avec une telle facilité des accès de suffocation que nous n'avons pas voulu lui imposer un examen au laryngoscope. La mort en effet est imminente. Aucune opération dirigée contre le néoplasme ne peut être tentée. Tout au plus une trachéotomie s'imposera-t-elle quelque jour peut-être, intervention de soulagement qui retardera de fort peu l'issue fatale.

Cette observation de cancer glossopharyngé serait fort banale, sans l'histoire antérieure du sujet.

Il est impossible de ne pas faire état de la syphilis. Cette femme a été atteinte d'une syphilis grave, d'une syphilis insuffisamment traitée, d'une syphilis qui a frappé et mutilé le pharynx. Or dans la région même où elle a exercé ses ravages et qui en garde les marques caractéristiques, se développe une tumeur cancéreuse. Or nous savons que ces cancers sont fort rares chez la femme.

Nous savons d'autre part que sur la langue la syphilis prépare fréquemment l'évolution du cancer. On est donc conduit à admettre que la syphilis a fait ici le lit au cancer, créé au point de vue général comme au point de vue local des conditions qui ont permis son éclosion. A ce titre ce fait me paraît devoir être signalé comme une modeste contribution à l'étude si intéressante des rapports de la syphilis et du cancer.

M. HALLOPEAU. — C'est un fait très curieux que les syphilides des

muqueuses et de la bouche en particulier, soient si souvent le point de départ de néoplasies cancéreuses, alors que rien de pareil ne s'observe pour les syphilides cutanées.

Eczéma avec kératodermie palmaire et plantaire.

Par MM. BALZER et MERLE.

Malade âgée de 60 ans, femme de ménage, entrée salle Alibert le 29 janvier 1907, pour des lésions eczémateuses de plusieurs types : éruption eczémateuse sur plusieurs points du tégument et hyperkératose de la paume des mains et de la plante des pieds. Il nous a paru intéressant d'en faire exécuter le moulage par M. Baretta pour le Musée de l'hôpital Saint-Louis.

Le père de la malade, obèse comme elle, souffrait fréquemment de douleurs articulaires, un frère présentait les mêmes manifestations, une sœur est hospitalisée à Saint-Mandé pour une affection nerveuse dont nous n'avons pu connaître la nature exacte.

Elle-même a eu la variole à 22 ans. Mariée à 30 ans, elle eut deux enfants qui moururent de méningite dans le jeune âge. La ménopause se produisit à l'âge de 44 ans. Très bien portante jusque-là, elle commença à souffrir de quelques malaises : poussées congestives, crises de céphalée parfois assez violentes, digestions moins bonnes, palpitations cardiaques fréquentes, constipation chronique assez rebelle. Toutes ces manifestations n'entraînèrent pas d'altération considérable de la santé générale, l'appétit est resté bon jusqu'à l'heure actuelle. On ne trouve rien d'anormal aux poumons ni au cœur. Les artères périphériques sont souples, les urines ne contiennent ni sucre ni albumine. La malade est sobre, ne fait pas d'excès éthyliques ni d'abus de boissons excitantes telles que thé ou café.

Depuis l'âge de 30 ans elle est sujette à des crises articulaires douloureuses, changeant fréquemment de siège et se manifestant surtout au moment des changements de temps.

C'est il y a deux ans qu'apparurent les premières manifestations cutanées sous forme d'une éruption eczémateuse papulo-vésiculeuse. Cet eczéma, qui siégeait aux épaules et au visage, dura trois semaines et guérit sans traitement : il fut suivi deux mois après d'une éruption analogue et de même siège qui guérit dans les mêmes conditions.

L'affection actuelle débuta en juin 1906, à la suite d'une crise articulaire douloureuse assez intense qui dura deux mois et qui intéressait l'épaule, le coude, le poignet droits, et les articulations du membre inférieur droit.

A ce moment, sans qu'il y ait d'autres manifestations cutanées, apparut au centre de la région palmaire de la main gauche un élément papuleux, d'abord blanchâtre, puis rougeâtre ; il s'entoura bientôt d'une collerette épidermique et provoqua une rapide prolifération épithéliale. La paume de la main dans le voisinage était normale. Il apparut ensuite d'autres éléments analogues qui tendaient à la confluence en provoquant une hyperkératose très intense, si bien que la kératodermie envahit toute la paume de la main et prit bientôt l'aspect épais, rugueux et noirâtre que nous constatons actuellement.

Presque en même temps la main droite et la plante des pieds étaient le siège d'une transformation analogue.

Il se produisit ensuite des crevasses sur les placards hyperkératosés, crevasses qui ne suintaient pas, mais provoquaient des douleurs assez intenses et rendaient les mouvements difficiles pour le travail et la marche.

Après quatre mois pendant lesquels l'hyperkératose ne fit que s'accroître, il survint une poussée d'eczéma papulo-vésiculeux aux membres inférieurs. Bientôt se constituèrent de vastes placards éruptifs entourés d'une petite zone de desquamation avec prurit et grattage. L'éruption gagna ensuite les cuisses, les fesses, le dos, les omoplates, l'abdomen.

Actuellement la malade présente toujours ces mêmes lésions d'eczéma rouge ou rosé, sec, avec vastes placards entourés d'éléments plus petits.

Les mains sont atteintes de façon à peu près symétrique : la paume est recouverte dans sa totalité d'une couche cornée très épaisse, rugueuse et noirâtre. Ce plateau d'hyperkératose présente des fissures assez profondes, qui correspondent aux plis de flexion : il existe à la surface, des sillons plus petits qui rappellent ceux de la peau normale. La face palmaire des doigts est également envahie par une hyperkératose cependant moins marquée et moins rugueuse. L'ensemble du doigt est tuméfié et les mouvements des phalanges sont difficiles.

L'hyperkératose s'arrête aux bords de la main, ne pénètre que légèrement dans les espaces interdigitaux, elle diminue assez rapidement d'épaisseur à sa périphérie : une zone lisse, comme vernissée, est intermédiaire entre l'hyperkératose rugueuse et la peau saine.

Aux pieds l'hyperkératose présente les mêmes caractères, elle est rigoureusement limitée à la face plantaire : en arrière, elle remonte jusqu'au-dessus du calcaneum. Les orteils sont envahis jusqu'aux bords des ongles. Il y a des crevasses profondes dans les espaces interdigitaux.

Pendant son séjour à l'hôpital le traitement a provoqué facilement, quoiqu'avec une certaine lenteur, le décapage de cette hyperkératose intense, grâce à l'application de pommades contenant d'abord 5 puis 10 p. 100 de résorcine.

Les placards d'eczéma papulo-vésiculeux ont été traités avec une pâte contenant 2 p. 100 d'huile de cade. Malgré cela, il est apparu plusieurs poussées nouvelles d'eczéma papulo-vésiculeux, sur l'abdomen et sur les avant-bras, région jusque-là indemne. Pendant son séjour à l'hôpital la malade a présenté pendant trois ou quatre jours de vives douleurs avec tuméfaction marquée dans la région de l'appendice iléo-cæcal. Ces symptômes d'appendicite et de coprostase, en rapport sans doute avec sa constipation invétérée, ont cédé assez facilement aux applications de glace et aux lavements.

Rappelée par une affaire de famille, la malade a dû sortir avant sa guérison, mais l'hyperkératose avait considérablement diminué et elle est maintenant en état de pouvoir continuer le traitement chez elle.

Le moulage exécuté par M. Baretta est à rapprocher d'un autre que nous avons présenté il y a quelques années (n° 2062). Dans ce cas l'hyperkératose palmaire et plantaire se rattachait aussi à l'eczéma, mais moins nettement peut-être que dans le cas actuel où nous voyons

l'hyperkératose évoluer sur un sujet rhumatisant et névropathe, avec atonie intestinale en même temps qu'un eczéma très étendu, rebelle, à marche chronique et à poussées successives.

Psoriasis atypique; localisation sur la muqueuse des lèvres et peut-être sur la muqueuse linguale.

Par MM. BALZER et MERLE.

Malade déjà présentée à la Société de Dermatologie en raison des localisations atypiques d'un psoriasis dont les premières manifestations remontaient à trois ans (1).

Le psoriasis paraît avoir débuté par des lésions labiales consistant en squames adhérentes à la surface externe des lèvres. Pendant trois ans il n'y eut pas d'autres manifestations de psoriasis. A la suite d'une blennorrhagie qui s'accompagna de douleurs articulaires de l'épaule droite et du poignet gauche, les lésions prirent rapidement une extension considérable et apparurent successivement à l'éminence thénar gauche, envahissant la face interne de l'avant-bras, le coude du même côté, le pied gauche, l'ombilic, le cuir chevelu. On voit ensuite la main droite présenter également des placards de psoriasis ainsi que l'avant-bras et le pli du coude du même côté, les deux cuisses et les plis inguinaux. Les localisations labiales persistent pendant cette évolution.

La malade fait à ce moment un séjour prolongé à l'hôpital Saint-Louis, salle Alibert, où elle est traitée pour ses lésions cutanées et son infection gonococcique : urétrite, vulvo-vaginite et rhumatisme. Les lésions psoriasiques rétrocedent et guérissent presque complètement, au niveau des membres inférieurs, des bras et avant-bras, des lèvres, du cuir chevelu ; les mains seules restent encore malades.

C'est dans cet état que la malade put passer les derniers mois d'une grossesse qui remontait au mois de février 1906.

Peu de temps avant l'accouchement l'affection subit une recrudescence nouvelle qui l'amena rapidement dans un état voisin de celui que nous constatons à l'heure actuelle. L'accouchement ne s'accompagna pas de complications immédiates, mais quelques semaines après il survint de l'élévation thermique et des phénomènes douloureux sur le trajet du sciatique droit qui nécessitèrent l'emploi d'une gouttière.

Deux mois après l'accouchement on constata dans la région fessière droite un abcès qui dut être incisé et qui suppurait encore dernièrement quand la malade, revenant de la maternité, fut de nouveau hospitalisée salle Alibert.

Cinq à six jours après l'incision et l'application de pansements à la gaze iodoformée, il apparut autour de la plaie un large placard érythémateux, à bords un peu surélevés, dont la surface était le siège de desquamation. A la périphérie survenait également un certain nombre de placards disséminés.

(1) BALZER et DESHAYES. Psoriasis atypique au cours d'une infection blennorrhagique. *Bulletin de la Société de Dermatologie*, 1^{er} janvier 1906.

les uns à contours mal définis, les autres plus nettement circonscrits, tous étant le siège d'une desquamation plus ou moins intense.

Cette poussée de psoriasis apparue sous l'influence du traumatisme et des pansements chirurgicaux, complétait l'ensemble des lésions cutanées qui n'avaient jamais été aussi étendues et dont la localisation atypique est actuellement plus manifeste qu'à aucune période de la maladie. Aux membres supérieurs les lésions sont limitées presque exclusivement aux mains qui sont atteintes de façon à peu près identique.

La face palmaire est envahie en totalité, ainsi que la plus grande partie de la face dorsale. Les téguments sont d'un rouge vif et un peu épaissis ainsi qu'en témoigne un bourrelet assez net qui limite sur le poignet le placard érythémateux. La face palmaire est comme vernissée, on ne voit plus les plis normaux. Les doigts sont entourés dans leur totalité par une gaine érythémateuse qui rend difficiles les mouvements des phalanges. Cette raideur articulaire semble en effet devoir être rapportée plutôt à la modification des téguments qu'aux lésions qu'aurait pu laisser le rhumatisme blennorragique : il n'y a pas de douleur articulaire bien marquée et pas de gonflement périarticulaire.

Toutes ces lésions érythémateuses sont recouvertes de squames très fines qui sont facilement enlevées par l'application de pansements gras.

Les ongles sont très atteints, striés dans le sens transversal, sans ponctuations pigmentaires, entourés d'un bourrelet érythémateux, à la base un sillon très marqué. — Il n'y a pas sous la partie libre de l'ongle grande accumulation de débris épithéliaux.

Au niveau des pieds on observe des lésions analogues occupant surtout la face plantaire et la face dorsale à la base des orteils, les téguments érythémateux chaussant le pied comme une sorte de sandale. Les espaces interdigitaux très atteints étaient, il y a quelque temps le siège d'une macération fétide. Les ongles sont également très altérés, les derniers orteils n'en présentent plus que des rudiments.

Au pourtour de la vulve et sur la face interne des cuisses on constate de larges placards violacés.

Sur la fesse droite il existe un placard analogue dont nous avons noté l'apparition après l'incision de l'abcès survenu à ce niveau.

A quelque distance de son bord plusieurs éléments dont certains présentent les caractères nets du psoriasis, squames donnant le signe de la tache de bougie et le phénomène d'Auspitz.

Sur le côté droit du thorax, sous le sein, un placard large comme la paume de la main. Il existe aussi un petit placard analogue dans l'aisselle droite et un autre plus grand dans l'aisselle gauche.

Le cuir chevelu est envahi presque en totalité par des plaques disséminées et donnent une abondante desquamation.

Les lèvres enfin sont un peu tuméfiées, l'inférieure surtout : cette dernière est recouverte d'une sorte de mince pellicule fissurée par endroits. Le pourtour orbiculaire est le siège de desquamation et de fissuration avec une petite zone infiltrée et rougeâtre intermédiaire à la muqueuse et à la peau.

Pendant le séjour de la malade, nous avons vu apparaître sur le côté

droit de la langue des éléments blanchâtres de très petites dimensions. Ils étaient constitués par une sorte de petit placard long de 1 centimètre et large d'un demi-centimètre environ, d'apparence blanchâtre, et qui semblait constitué par des productions épidermiques ramollies par la salive; cette sorte de plaque faisait un peu saillie sur la muqueuse voisine et l'on pouvait facilement la faire disparaître en la raclant légèrement avec une lame de verre par exemple ou avec une compresse, au-dessus apparaissaient alors des papilles linguales plutôt hypertrophiées et constituant une sorte de petit bourgeon charnu dont les dimensions répondaient à celles de la plaque blanchâtre.

En avant de cet élément principal il en apparut un autre, très petit, en forme de fer à cheval constitué comme par une sorte de fausse membrane, lisse et blanchâtre, semblant appliquée sur la muqueuse, sans élévation ni rétraction par rapport aux régions voisines. Cet élément fut de courte durée, il disparut au bout de quelques jours pour ne plus reparaitre. Quant à l'autre, il dura environ un mois sans modifications, puis il disparut aussi, ne laissant à sa place qu'un petit épaissement des papilles. Après plusieurs disparitions et réapparitions successives et peu intenses, il disparut définitivement.

Il n'y eut jamais de cercle érythémateux à la périphérie des éléments.

Il n'existait aucune manifestation ganglionnaire. En face de la lésion les grosses molaires font défaut, une des petites molaires est cariée jusqu'au niveau de la gencive sans pouvoir exercer de traumatisme sur la langue. De plus, la lésion a toujours été indolente, ce qui n'est pas le fait habituel des lésions dentaires de la langue.

A plusieurs reprises des frottis colorés par la méthode de Giemsa ne permirent jamais de constater la présence de *Treponema pallidum*. Il existait dans les préparations des microorganismes à spires irrégulières et ondulées se colorant assez vivement, présentant les caractères du *spirochæte refringens*. Nous rappelons que la malade ne présente aucun antécédent syphilitique et que la dernière grossesse s'est terminée par un accouchement normal et la mise au monde d'un enfant dont le bon état de santé est contrôlé depuis plus de trois mois. Nous pouvons écarter définitivement l'hypothèse d'une plaque muqueuse.

Les lésions linguales que présente notre malade ne ressemblent nullement à la leucoplasie telle qu'on la rencontre chez d'anciens syphilitiques et chez les fumeurs.

Il n'y a pas lieu non plus de songer à un élément de lichen ni à la glossite exfoliatrice marginée, affection mieux limitée, et plus tenace.

Nous avons cherché si la littérature récente rapportait des cas analogues pouvant faire croire à l'existence d'un psoriasis lingual ou buccal.

Oppenheim (Psoriasis vulgaire de la muqueuse buccale : *Monatshefte für praktische Dermatologie*, t. XXXII, p. 489) signale un cas avec plusieurs plaques différant totalement de la leucoplasie siégeant sur la muqueuse de la bouche, du palais et du pilier gauche, arron-

dies. ou ovales, grises ou blanc jaunâtre, nettement circonscrites, formant une saillie de 1 millimètre avec une surface finement pointillée comme parsemée de très petits pores. Muqueuse voisine absolument normale.

L'excision et l'examen histologique montrèrent de la parakératose; une prolifération épithéliale et de l'inflammation du corps papillaire.

Marcel Sée (Psoriasis et lésions buccales; séance du 5 mars 1903 de la Société de Dermatologie) signale chez un homme de 23 ans, présentant un psoriasis nummulaire vulgaire, une lésion du dos de la langue, respectant les bords, se terminant en arrière de façon diffuse constituée par une hyperkératose avec aspect quadrillé, par endroits épaissement épithélial blanc-laiteux. Les pupilles étaient atrophiées à ce niveau. Sur les joues, petites plaques épithéliales minces, sans stries réticulées. Sur la voûte palatine, petites plaques en cercle semblant s'être développées autour des orifices glandulaires. Le malade fumait beaucoup.

Schütz (70^e Congrès des naturalistes et médecins allemands à Düsseldorf, septembre 1898) a vu 3 cas de « leucoplasie » buccale coïncidant avec du psoriasis cutané. Ces observations concernent des malades chez qui l'on ne peut invoquer l'influence du tabac pour expliquer les lésions buccales (garçon de 10 ans et jeunes filles de 27 et 22 ans).

Lissauer (*Deutsche Med. Wochenschrift*, 1899) a trouvé dix fois la « leucoplasie buccale » chez 50 psoriatiques tous fumeurs.

En somme, la littérature médicale ne fournit pas encore un ensemble d'observations capables d'établir péremptoirement les caractères du psoriasis de la muqueuse buccale. Dans notre cas, après avoir éliminé la syphilis, le lichen plan, la glossite exfoliatrice marginée, la leucoplasie, la gingivite d'origine dentaire, nous remarquons surtout les caractères suivants : lésion très superficielle, indolente, très fixe, avec épaissement et rougeur peu accentuée des papilles, revêtement épidermique blanchâtre, peu adhérent, se renouvelant avec promptitude après le raclage, du jour au lendemain. Un argument important nous paraît devoir être tiré de la nature générale de notre cas de psoriasis, anormal, atypique, présentant la face externe de la muqueuse des lèvres une localisation remarquable. Ce ne sont pas là des arguments décisifs, mais ils peuvent nous autoriser à comparer notre observation aux autres cas qui ont été récemment publiés et qui appellent l'attention sur la possibilité d'éruptions psoriatiques de la muqueuse bucco-linguale.

M. BÉNARD. — Ce qui me fait un peu hésiter sur le diagnostic de psoriasis lingual, c'est précisément l'analogie d'aspect de cette lésion avec le psoriasis cutané; or le psoriasis vrai, quand il se localise sur une portion du tégu-

ment présentant quelque analogie de conditions avec une muqueuse, sur le gland par exemple, revêt un aspect objectif tout différent.

M. HALLOPEAU. — La lésion s'est améliorée sous l'influence d'une pommade au précipité blanc, c'est-à-dire d'un traitement mercuriel; ne serait-ce pas une indication de sa nature syphilitique?

M. BALZER. — L'objection n'a pas de valeur, car les topiques mercuriaux sont très actifs dans le psoriasis.

Malade atteint simultanément d'une éruption spécifique et d'un lichen scrofulosorum.

Par M. Alex. RENAUULT.

Plusieurs fois déjà, j'ai eu l'occasion de vous montrer des syphilitiques, atteints à la fois d'une éruption spécifique et d'une autre dermatose. Au point de vue pratique, ces malades offrent un réel intérêt, en raison des difficultés diagnostiques qu'ils peuvent susciter. C'est encore un cas de ce genre, que j'ai l'honneur de mettre aujourd'hui sous vos yeux.

Il s'agit d'un jeune cuisinier de 22 ans, franchement syphilitique, de par l'existence de deux chancres, situés dans la sphère génitale, aujourd'hui cicatrisés, mais possédant encore à leur base une induration indiscutable et aussi, de par la présence de papules caractéristiques, dont le patient est porteur à la surface du tronc. Ces papules, en effet, discrètes jusqu'ici, ont une coloration jambonnée et sont infiltrées dans le derme. Quelques-unes d'entre elles offrent à leur périphérie la collerette épidermique, en quelque sorte pathognomonique, dite collerette de Bielt.

Mais ce qui frappe davantage chez ce jeune homme, c'est l'éruption, confluyente à la partie antéro-supérieure de la poitrine, plus discrète au niveau des régions moyenne et inférieure. La face postérieure, en d'autres termes le dos, est complètement épargnée.

Cette éruption, en haut du thorax, consiste en petites saillies cohérentes, d'une coloration rouge sombre; plus bas, les éléments, moins abondants, sont séparés par des intervalles de peau saine et ont une couleur jaune.

Leur diamètre, à la partie supérieure, égale celui d'une petite lentille. Au-dessous, ils ne dépassent pas le volume d'une tête d'épingle. Leur surface n'est recouverte ni de squames, ni de croûtelles.

Ajoutons que ces efflorescences ne provoquent pour ainsi dire aucun prurit.

Leur début est très ancien, puisqu'il remonte à 11 années. Très rapidement, l'éruption aurait acquis les caractères et l'extension qu'elle présente aujourd'hui. Jamais elle n'a été traitée.

Le malade prétend que, si elle est plus rouge et confluyente en haut de la poitrine, c'est que cette partie, habituellement découverte pendant le travail, est exposée à la chaleur du feu. Cette raison, en effet plausible, est probablement l'expression de la vérité.

Quoi qu'il en soit, ne trouve-t-on pas dans l'aspect morphologique des lésions, dans la lenteur de leur évolution, les caractères de cette forme de tuberculide désignée sous le nom de lichen scrofulosorum.

Si l'on ajoute à ces renseignements, fournis par la clinique, les antécédents tuberculeux, héréditaires et familiaux du malade, qui a perdu son père de la phtisie et une sœur, de méningite, à l'âge de 16 ans, qui a été atteint en outre, vers l'âge de 12 ans, d'une adénite cervicale volumineuse, on déduit de cet ensemble de faits de nouveaux éléments, qui apportent une confirmation au diagnostic et incorporent la dermatose en question dans le groupe des affections tuberculeuses de la peau.

M. DANLOS. — Si l'éruption était un peu plus nodulaire, un peu plus saillante, je croirais plutôt à des adénomes des glandes sudoripares.

M. DÉHU. — Je crois aussi qu'il s'agit de syringocystadénomes; la localisation de l'éruption, sa longue durée, son immobilité, la profession du malade, et le fait que la lésion est au maximum, comme l'a remarqué M. Renault, sur les points les plus exposés à la chaleur, sont autant d'arguments en faveur de ce diagnostic. Une biopsie résoudra facilement la question.

Syphilis secondaire rebelle au mercure, survenant par poussées cutanées accompagnées d'accidents méningés.

Par MM. GAUCHER et MALLOIZEL.

Il s'agit d'une jeune femme de 23 ans, qui a contracté la syphilis en juillet 1906; soignée au mois de septembre pour des syphilides papuleuses généralisées, confluentes sauf sur le cou et la paume des mains, elle n'a pas cessé, depuis, d'être soumise à un traitement mercuriel intensif (pilules, piqûres de benzoate, frictions).

Malgré ce traitement, les accidents n'ont pas cessé depuis cette époque, et ont revêtu un caractère clinique spécial.

Les éléments papuleux ont disparu partout sauf sur les avant-bras et sur la face; en ces points, l'éruption semblait disparaître, quand, brusquement, survenaient des poussées de syphilides papulo-croûteuses, impétigineuses, qui ne cédaient progressivement qu'au bout de 15 jours environ.

Jusqu'à l'heure actuelle, la malade a eu 7 poussées successives; fait intéressant, chaque poussée d'efflorescence cutanée était primitivement accompagnée d'un symptôme méningitique brusque, avec

ment présentant quelque analogie de conditions avec une muqueuse, sur le gland par exemple, revêt un aspect objectif tout différent.

M. HALLOPEAU. — La lésion s'est améliorée sous l'influence d'une pommade au précipité blanc, c'est-à-dire d'un traitement mercuriel; ne serait-ce pas une indication de sa nature syphilitique?

M. BALZER. — L'objection n'a pas de valeur, car les topiques mercuriaux sont très actifs dans le psoriasis.

Malade atteint simultanément d'une éruption spécifique et d'un lichen scrofulosorum.

Par M. Alex. RENAULT.

Plusieurs fois déjà, j'ai eu l'occasion de vous montrer des syphilitiques, atteints à la fois d'une éruption spécifique et d'une autre dermatose. Au point de vue pratique, ces malades offrent un réel intérêt, en raison des difficultés diagnostiques qu'ils peuvent susciter. C'est encore un cas de ce genre, que j'ai l'honneur de mettre aujourd'hui sous vos yeux.

Il s'agit d'un jeune cuisinier de 22 ans, franchement syphilitique, de par l'existence de deux chancres, situés dans la sphère génitale, aujourd'hui cicatrisés, mais possédant encore à leur base une induration indiscutable et aussi, de par la présence de papules caractéristiques, dont le patient est porteur à la surface du tronc. Ces papules, en effet, discrètes jusqu'ici, ont une coloration jambonnée et sont infiltrées dans le derme. Quelques-unes d'entre elles offrent à leur périphérie la collerette épidermique, en quelque sorte pathognomonique, dite collerette de Bielt.

Mais ce qui frappe davantage chez ce jeune homme, c'est l'éruption, confluente à la partie antéro-supérieure de la poitrine, plus discrète au niveau des régions moyenne et inférieure. La face postérieure, en d'autres termes le dos, est complètement épargnée.

Cette éruption, en haut du thorax, consiste en petites saillies cohérentes, d'une coloration rouge sombre; plus bas, les éléments, moins abondants, sont séparés par des intervalles de peau saine et ont une couleur jaune.

Leur diamètre, à la partie supérieure, égale celui d'une petite lentille. Au-dessous, ils ne dépassent pas le volume d'une tête d'épingle. Leur surface n'est recouverte ni de squames, ni de croûtelles.

Ajoutons que ces efflorescences ne provoquent pour ainsi dire aucun prurit.

Leur début est très ancien, puisqu'il remonte à 11 années. Très rapidement, l'éruption aurait acquis les caractères et l'extension qu'elle présente aujourd'hui. Jamais elle n'a été traitée.

Le malade prétend que, si elle est plus rouge et confluyente en haut de la poitrine, c'est que cette partie, habituellement découverte pendant le travail, est exposée à la chaleur du feu. Cette raison, en effet plausible, est probablement l'expression de la vérité.

Quoi qu'il en soit, ne trouve-t-on pas dans l'aspect morphologique des lésions, dans la lenteur de leur évolution, les caractères de cette forme de tuberculide désignée sous le nom de lichen scrofulosorum.

Si l'on ajoute à ces renseignements, fournis par la clinique, les antécédents tuberculeux, héréditaires et familiaux du malade, qui a perdu son père de la phtisie et une sœur, de méningite, à l'âge de 16 ans, qui a été atteint en outre, vers l'âge de 12 ans, d'une adénite cervicale volumineuse, on déduit de cet ensemble de faits de nouveaux éléments, qui apportent une confirmation au diagnostic et incorporent la dermatose en question dans le groupe des affections tuberculeuses de la peau.

M. DANLOS. — Si l'éruption était un peu plus nodulaire, un peu plus saillante, je croirais plutôt à des adénomes des glandes sudoripares.

M. DÉHU. — Je crois aussi qu'il s'agit de syringocystadénomes; la localisation de l'éruption, sa longue durée, son immobilité, la profession du malade, et le fait que la lésion est au maximum, comme l'a remarqué M. Renault, sur les points les plus exposés à la chaleur, sont autant d'arguments en faveur de ce diagnostic. Une biopsie résoudra facilement la question.

Syphilis secondaire rebelle au mercure, survenant par poussées cutanées accompagnées d'accidents méningés.

Par MM. GAUCHER et MALLOIZEL.

Il s'agit d'une jeune femme de 23 ans, qui a contracté la syphilis en juillet 1906; soignée au mois de septembre pour des syphilides papuleuses généralisées, confluentes sauf sur le cou et la paume des mains, elle n'a pas cessé, depuis, d'être soumise à un traitement mercuriel intensif (pilules, piqures de benzoate, frictions).

Malgré ce traitement, les accidents n'ont pas cessé depuis cette époque, et ont revêtu un caractère clinique spécial.

Les éléments papuleux ont disparu partout sauf sur les avant-bras et sur la face; en ces points, l'éruption semblait disparaître, quand, brusquement, survenaient des poussées de syphilides papulo-croûteuses, impétigineuses, qui ne cédaient progressivement qu'au bout de 15 jours environ.

Jusqu'à l'heure actuelle, la malade a eu 7 poussées successives; fait intéressant, chaque poussée d'efflorescence cutanée était primitivement accompagnée d'un symptôme méningitique brusque, avec

fièvre légère, caractérisé par une céphalée très vive, de la raideur de la nuque, des vomissements spontanés, de la constipation.

Une ponction lombaire qui soulagea beaucoup la malade, montra une réaction rachidienne très marquée, et surtout une hypertension extrême du liquide céphalo-rachidien; l'examen ophtalmoscopique montra corrélativement une papillite inflammatoire.

Actuellement, les symptômes cérébraux ont disparu, la névrite optique est en régression, néanmoins la malade a eu le 23 février dernier une nouvelle poussée cutanée.

L'intérêt de cette observation résulte de cette marche cyclique, mensuelle, des poussées éruptives et céphaliques.

Le mercure, qui semble avoir eu une légère action cutanée, n'a eu, comme bien souvent, aucun pouvoir préventif.

DANLOS. — Il arrive malheureusement trop souvent que le mercure, si actif pour guérir les lésions syphilitiques, est impuissant à en prévenir la récurrence.

Note sur un nouveau cas de sporotrichose hypodermique.

Par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.

J'ai l'honneur de présenter à la Société une malade atteinte de sporotrichose hypodermique. J'ai commencé l'étude de ce cas nouveau avec M. Gougerot, mon ancien interne, qui a été mon collaborateur dévoué dans mes études précédentes sur le même sujet.

Il s'agit d'une malade âgée de 66 ans, plongeuse, entrée dans mon service le 22 février 1907. Elle s'est présentée à la consultation avec une série de lésions dermiques et hypodermiques, offrant tous les caractères cliniques des gommes. Ces lésions ont débuté il y a 7 mois, par de petites tumeurs mobiles sous la peau et indolores, disséminées en différents points du corps. Ces tumeurs, d'abord peu nombreuses, se sont multipliées, puis les plus anciennes ont peu à peu évolué vers la peau qui est devenue adhérente, violacée et a fini par se perforer spontanément en laissant écouler un liquide louche, filant, jaunâtre et sanguinolent.

Actuellement la plupart des lésions dispersées sans aucune systématisation apparente sur la face, sur les bras, sur les jambes et surtout sur les fesses, sont ouvertes. On voit, autour d'un orifice étroit, une zone ovalaire dans laquelle la peau amincie et violacée recouvre une dépression sous-cutanée appréciable au doigt. L'ensemble de la lésion reproduit exactement l'aspect de la gomme tuberculeuse ouverte, et ce diagnostic a été admis à première vue à la consultation. Deux éléments. l'un sur la face interne de la cuisse gauche, l'autre à la partie supéro-interne de l'avant-bras gauche, ont conservé leurs caractères primitifs.

Ce sont des nodosités de la grosseur d'une petite noisette, oblongues, bien limitées, indolentes à la pression, non adhérentes à la peau et un peu mobiles dans le tissu cellulaire.

La nodosité du bras est enlevée le 27 février avec toutes les précautions voulues et son contenu est examiné sur frottis et ensemencé sur gélose glucosée.

L'examen des préparations histologiques et des cultures montre dès à présent tous les caractères des sporotricha. Les cultures, ne datant que de 8 jours, devront être suivies ; mais on peut affirmer qu'il s'agit du *sporotrichum Beurmanni*. Le parasite paraît être identiquement le même que celui du malade qui a été étudié successivement dans mon service et dans celui de M. Danlos (1).

J'ai tenu à faire connaître de suite ce 4^e cas personnel d'une affection que j'ai décrite le premier, que je croyais rare et qui est probablement fréquente. Le premier cas, étudié en 1903 avec M. Ramond, était resté isolé ; les deux faits publiés avec M. Gougerot en 1906 se sont suivis à peu d'intervalle et voici que, reprenant mon service à l'hôpital Saint-Louis, après une absence de plusieurs mois, mais avec l'esprit éveillé sur cette affection nouvelle, je trouve un 4^e cas dès ma première consultation.

Chez cette malade, les raisons de supposer la sporotrichose étaient l'absence totale de tout antécédent syphilitique et de toute ambiance tuberculeuse. Mais l'aspect des lésions était plutôt tuberculoïde, comme l'indiquent l'ouverture spontanée des foyers et la coloration violacée de la peau. A ce point de vue, cette 4^e observation diffère un peu des trois précédentes.

L'étude clinique complète de ce fait sera publiée ultérieurement, ainsi que le résultat de l'étude approfondie des cultures et, en même temps, la malade sera présentée de nouveau à la Société après avoir suivi le traitement par l'iodure de potassium à haute dose, qui doit amener la guérison rapide et complète de tous les accidents.

Nous nous contenterons de dire comme conclusion qu'il y a désormais grand intérêt à supposer et à rechercher le sporotrichum dans tous les cas où le diagnostic de gomme syphilitique ou de gomme tuberculeuse n'est pas parfaitement démontré et que si on fait cette recherche, le nombre des observations de sporotrichose hypodermique augmentera très rapidement.

M. GAUCHER. — J'ai vu plusieurs cas analogues à celui de M. de Beurmann. Le premier a guéri si vite sous l'influence de l'iodure, qu'on n'a pas eu le temps de faire des ensemencements. Dans un autre cas il s'agissait d'un malade manifestement atteint de lésions multiples de tuberculose, son

(1) *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, janvier 1907, p. 49 et 22.

éruption ressemblait tellement à des sarcoïdes que je crus qu'il s'agissait en effet de tuberculides à forme gommeuse. Or le pus fut ensemencé sur des tubes qu'on laissa à la température ordinaire dans le laboratoire ; on vit alors se développer les cultures mycéliennes. C'est donc un hasard qui permit d'arriver au diagnostic exact ; car si les tubes avaient été mis à l'étuve, le champignon n'aurait pas poussé ; il aurait été tué par la température trop élevée. Il est vraisemblable que les champignons pathogènes de ce groupe sont multiples ; car dans les cas examinés on a trouvé des types mycologiques qui paraissent appartenir à des espèces différentes.

M. MONIER-VINARD. — La fréquence de suppurations dues à des champignons filamenteux est certainement plus grande qu'on ne pouvait jusqu'à ces derniers temps le supposer. Personnellement, il nous a été donné d'observer trois malades atteints d'affections de cet ordre (un dans le service de M. Reclus, deux dans celui de M. Gaucher). Nous nous sommes attachés à étudier la pathologie expérimentale de ces parasites et nous comptons pouvoir publier incessamment les résultats que nous avons obtenus. Une des difficultés les plus délicates à résoudre est certainement l'exacte détermination du champignon auquel on a affaire, car l'observation ne peut à son gré provoquer l'apparition des modes de reproduction caractéristiques d'une espèce. Un point intéressant que récemment il nous a été possible d'établir en étudiant et comparant des cas dont l'observation clinique était accompagnée d'une biopsie, c'est que : si certains abcès se multiplient par infection de proche en proche des voies lymphatiques, l'abcès alors étant d'abord sous-cutané tend à s'avancer ensuite à l'extérieur ; d'autre fois au contraire l'infection se fait par la surface du tégument, à la suite sans doute d'excoriations légères, et progresse lentement en surface et en profondeur ; dans la profondeur en donnant une infiltration dermique puis sous-dermique, à la surface en s'étendant circonférentiellement, l'aspect de la lésion rappelant alors celui d'une trichophytie.

M. GASTOU. — A propos de la communication de M. de Beurmann sur la sporotrichose cutanée, je voudrais attirer l'attention de la Société sur quelques particularités de l'étude des sporotrichoses et en général de toutes les mycoses.

Ces particularités sont relatives : 1° à la technique des cultures, 2° à la nature des lésions, 3° à l'existence de mycoses viscérales, en particulier pulmonaires, simulant la tuberculose.

Les observations dont je vais faire part à la Société m'ont été suggérées par un malade que M. Danlos m'avait donné à étudier, malade qui ayant quitté son service est entré dans celui de M. Gaucher où le diagnostic de sporotrichose cutanée a été vérifié par la culture.

Le malade en question était venu chez M. Danlos pour des accidents cutanés et muqueux disséminés présentant les aspects les plus variés et donnant l'impression d'abcès sous-cutanés multiples, d'abcès sous-dermiques, de gommes tuberculeuses dont quelques-unes fistuleuses, voire même de gommes syphilitiques. Le malade avait en outre des végétations anales volumineuses et des lésions pleuro-pulmonaires donnant à l'auscultation tous

les signes d'une tuberculose en voie d'évolution active, d'autant que très amaigri il avait de la fièvre vespérale et un assez mauvais état général.

Je prélevai du pus que j'examinai et ensemençai, je pratiquai une biopsie sur un élément éruptif cutané au début, j'examinai les crachats et fis une radiographie du thorax.

Voici ce que je constatai :

1° A l'examen direct du pus, aucun parasite, pas de bacilles de Koch, ni spirochètes, pus amicrobien.

2° La culture faite sur bouillon, gélatine agar et pomme de terre glycinées, mise à l'étuve, me donna des staphylocoques.

3° La biopsie démontra des lésions analogues à celles que l'on rencontre dans les tuberculides ; une infiltration lymphocytaire très marquée dans un tissu réticulé, quelques cellules géantes. Il n'y avait pas apparence de lésions de nature syphilitique.

Malgré cela un fragment de la biopsie fut traité par la méthode à l'argent pour rechercher le spirochète.

Une étude approfondie des coupes ne montra rien.

4° L'examen des crachats fut négatif en tant que bacille de Koch. Mon attention ne fut pas attirée plus particulièrement sur d'autres parasites.

5° Enfin la radiographie fit voir nettement qu'il n'y avait aucune trace de ramollissement ou d'infiltration. L'épreuve radiographique des poumons est d'une netteté remarquable comme vous pouvez en juger.

Malgré une étude clinique, bactériologique, anatomique, radiographique que j'avais pu croire complète, je ne pus donner à M. Danlos un diagnostic précis.

Sur ces entrefaites le malade quitte M. Danlos, un de ses enfants étant mort de méningite tuberculose, nous dit-il. Quelques semaines après il entre dans le service de M. Gaucher. Son pus ensemencé à nouveau, mais cette fois-ci sur milieu de Sabouraud, fait découvrir un parasite mycélien et l'on porte le diagnostic de sporotrichose cutanée.

J'ai à dessein cité longuement l'histoire clinique et expérimentale de ce malade pour en tirer des conclusions qui me paraissent des plus importantes relativement à l'étude des mycoses cutanées et viscérales.

1° En premier lieu si les mycoses cutanées passent inaperçues, même après la culture du pus, c'est que la technique de recherche est insuffisante. Il faut ensemencer sur des milieux spéciaux, en particulier le milieu de Sabouraud ; il faut laisser les milieux ensemencés à la température du laboratoire, et non pas à l'étuve. Une température élevée facilitant la végétation des microbes pyogènes et empêchant celle des parasites mycéliens. Voilà le point capital pour établir le diagnostic clinique.

2° En second lieu il ne faut pas compter sur la biopsie pour établir un diagnostic certain. Au début de l'évolution des mycoses cutanées, peut-être même sous l'influence de l'espèce mycosique les lésions n'ont pas l'aspect caractéristique dont a parlé M. Gougerot.

3° Enfin, en troisième lieu et c'est, à mon avis, une constatation des plus importantes, il existe des accidents viscéraux et surtout pulmonaires chez des malades atteints de mycoses cutanées.

Le malade de MM. Danlos et Gaucher avait des accidents pleuro-pulmo-

naires à signes tels qu'on ne pouvait porter d'autre diagnostic que celui de tuberculose pulmonaire. Or, pas de bacilles dans les crachats, rien à la radiographie, et aujourd'hui, sous l'influence de l'iodure de potassium, tous les accidents pulmonaires ont, paraît-il, disparu.

Ce fait vient confirmer des présomptions que m'avaient fournies l'étude bactériologique des crachats provenant de malades chez lesquels avait été porté le diagnostic de tuberculose pulmonaire au début. Étude que je poursuis depuis près de dix ans.

J'avais cultivé ces crachats sur milieux analogues à celui de Sabouraud et à la température du laboratoire.

J'avais obtenu des cultures de champignons d'espèces variées. Or, parmi les malades m'ayant fourni ces cultures, quelques-uns ont eu en même temps ou depuis lors des bacilles de Koch, mais la plupart sont guéris, ils n'avaient que des mycoses pulmonaires, et n'étaient point tuberculeux.

J'ai hésité longtemps à publier ces faits, mais aujourd'hui et depuis l'étude des sporotrichoses cutanées ils deviennent pour moi plus compréhensibles.

Les pseudo-tuberculoses mycéliennes sont connues ; mais souvent il doit se faire des infections bronchiques mycéliennes qui deviennent le point de départ soit de mycoses pulmonaires ou viscérales, soit de mycoses cutanées. Au sujet de celles-ci une conclusion s'impose : il faut dans les recherches de laboratoire faire toujours, parallèlement à l'étude microbiologique, aérobie et anaérobie du pus et des exsudats cultivés à l'étuve sur milieux habituels, l'étude des parasites végétaux, mycéliens, ensemencés sur milieux maltosés, lactosés, gélosés et laissés à la température du laboratoire. C'est, je crois, la seule façon de procéder qui permette de poser le diagnostic certain de mycoses viscérales ou cutanées.

M. BAUDOUIN. — Ces faits me paraissent avoir une importance considérable au point de vue du diagnostic de la tuberculose pulmonaire. Il est indispensable qu'à l'avenir on tienne compte de ces pseudo-tuberculoses mycéliennes aussi bien au point de vue du traitement que dans l'établissement des statistiques.

M. DE BEURMANN. — Rien ne pouvait m'être plus agréable que d'entendre citer de nombreux cas d'une affection que j'ai été le premier à décrire avec M. Ramond, puis avec M. Gougerot, et que je suis de plus en plus encouragé à croire fréquente et intéressante. La forme, ou plutôt les formes gommeuses de la sporotrichose sont dès à présent bien décrites et admises avec leurs diverses variétés. J'ai signalé avec M. Gougerot des lésions cutanées primitives d'origine sporotrichosique. Je n'ai pas observé de lésions viscérales et s'il en existe, ce qui est fort possible, le poumon me paraît être un des organes dans lesquels leur étude sera la plus difficile.

Quant à la détermination exacte des espèces, elle est toujours très délicate et cela n'a rien de surprenant puisque le groupe des mucédinées tout entier est considéré par les botanistes comme mal défini et peut-être artificiel. L'autonomie relative et absolue du *Sporotrichum Beurmanni* a été établie par MM. Matruchot et Sabouraud dont la compétence est indiscutable ; son action pathogène est démontrée par les faits. Quant aux variations du type

parasitaire, elles sont peut-être nombreuses et n'ont rien de déconcertant quand on a une juste notion de la difficulté de classement et du pléomorphisme de ces champignons imparfaits.

Évolution et examen histologique de l'éruption psoriasiforme par tuberculine, présentée à la dernière séance.

Par M. MILIAN.

Deux lésions caractérisent avant tout cette éruption : a) une parakératose disséminée, et b) de la congestion du derme papillaire.

La couche cornée est augmentée d'épaisseur et disposée en lamelles stratifiées séparées les unes des autres par des fentes, indices de la desquamation. Mais de place en place, quelquefois superposés, on trouve dans cette couche cornée de *petits « lits » de parakératose* où les noyaux ovalaires ou allongés persistent, mais où les contours cellulaires se sont pourtant effacés. Dans certains de ces lits on trouve quelques polynucléaires.

Le stratum granulosum est distribué irrégulièrement, ici normal, là presque absent, ce qui explique les irrégularités de la parakératose.

Le corps muqueux n'est pour ainsi dire pas intéressé.

Dans le derme papillaire, on trouve des vaisseaux dilatés entourés d'un léger infiltrat; celui-ci est composé de quelques cellules conjonctives et surtout de leucocytes polynucléaires dont le protoplasma n'est pas visible, mais dont le noyau est étiré, réalisant la forme des « chromatocytes » décrits par Legall.

Sur une épidémie de chancres simples.

Par M. H. HALLOPEAU.

Jusqu'en ces derniers temps, nous avons dû considérer cette maladie comme relativement peu fréquente à l'hôpital Saint-Louis; nous étions loin d'en rencontrer un exemple à chacune de nos consultations; à certaines époques seulement, correspondant le plus souvent aux expositions internationales, leur proportion augmentait pendant quelques mois pour revenir à la normale.

Or, il n'en est plus ainsi depuis plusieurs semaines : à chacune de nos consultations, nous voyons se présenter un certain nombre de ces ulcérations; nous en donnerons un témoignage saisissant en disant qu'à l'une de nos dernières entrées de malades dans le pavillon Bazin, 7 sur 10 en étaient atteints. Nos collègues MM. Gaucher et Le Pileur ont également constaté cette recrudescence : il ne peut y avoir là de simples coïncidences. Or, si nous cherchons la cause de cette fréquence, que nous pouvons qualifier d'épidémique, nous ne pouvons la

rattacher qu'à un fonctionnement insuffisant de la police des mœurs : il est établi en effet que cette police, lorsqu'elle est bien faite, réduit dans des proportions considérables le nombre de ces chancres ; nous avons constaté, en 1867, que Berlin, où cette police n'existait pas, offrait à cet égard un contraste frappant avec Paris où elle était alors bien organisée. Il semble qu'actuellement cette insuffisance de la surveillance sanitaire soit limitée aux arrondissements de la rive droite qui fournissent la plus grande partie de nos malades de Saint-Louis, car notre collègue M. Renault n'a rien observé de semblable dans son service de Cochin et M. Queyrat n'y a noté qu'une faible augmentation. Nous nous permettons d'appeler sur ce fait des plus regrettables l'attention de M. le préfet de police.

Nous traitons ces accidents, soit par la poudre d'ektogan pure ou en émulsion à 4 p. 30 dans de l'huile de vaseline, soit par la poudre de perborate de soude ; les résultats obtenus montrent que l'oxygène à l'état naissant a une action puissante sur le bacille de Ducrey.

Par contre, l'aniodol qui nous avait donné des résultats favorables dans des chancres découverts, a provoqué en injections sous-préputiales chez un malade atteint de phimosis une balano-posthite intense.

Il résulte de ces faits que nous sommes actuellement en mesure d'avoir raison de ces ulcérations par des topiques autres que l'iodoforme à odeur trop caractéristique ; c'est là un progrès que nous devons, en bonne partie, à nos collègues de l'hôpital Cochin.

Nouvelle note sur un cas d'ichthyose anormale avec productions bulleuses.

Par M. H. HALLOPEAU.

Si je me permets de vous présenter une fois de plus ce malade, c'est surtout en raison des polémiques qui se sont élevées récemment à propos de ces dystrophies épidermiques et des problèmes cliniques qui s'y rattachent.

Suivant M. Brocq, dont M. Lenglet a adopté la manière de voir dans sa remarquable thèse, ces faits appartiennent à un type morbide différent de l'ichthyose malgré d'apparentes ressemblances dans l'éruption : *il s'en différencie tout particulièrement par le début dès les premiers jours de la vie, par l'envahissement des plis articulaires, par la rougeur initiale du tégument, par une exagération des saillies papillaires, par une sécrétion séborrhéique des plus abondantes du cuir chevelu, par un aspect bombé des ongles, et, parfois, par des soulèvements bulleux.*

L'existence de ce type est incontestable : il est nécessaire seulement d'y ajouter quelques traits importants et de faire passer au second plan des particularités qui ne sont pas constantes ; il y a lieu également de se

demander s'il s'agit d'une maladie spéciale ou d'une forme grave d'ichthyose : c'est cette dernière interprétation que nous avons adoptée dans nos communications en 1895 avec M. Jeanselme et en 1903 ; en renouvelant et développant les arguments qui militent en sa faveur, nous ne ferons que la défendre contre des attaques que nous jugeons imméritées.

ADDITIONS AU TABLEAU MORBIDE. — 1° Il est un fait important que M. Brocq laisse complètement de côté dans sa description, nous voulons parler des *hypoplasies*. Elles sont cependant des plus frappantes ; nous les avons signalées en 1895 avec M. Jeanselme, et M. Audry les a également étudiées ; elles occupent différentes parties du squelette ; elles sont des plus manifestes chez notre malade : nous avons mesuré comparativement la largeur de ses mains, de ses bras, de son thorax et des mêmes parties chez 3 enfants du même âge et nous avons trouvé constamment un chiffre notablement plus faible chez lui que chez les autres.

L'*hypotrophie* peut s'étendre au tégument externe : dans le cas que nous avons publié avec M. Jeanselme, cette hypotrophie dermique mettait la malade dans l'impossibilité de fermer complètement les yeux, d'étendre et de fermer complètement les doigts ; elles donnaient lieu à la formation de plis du visage à chaque mouvement de physionomie.

2° Un second fait que nous devons mettre en relief est l'*intensité de l'hyperpigmentation* : les accumulations épidermiques prennent presque partout une couleur d'un brun foncé approchant celle de la sépia ; cette coloration siège exclusivement dans les produits d'exfoliation épidermique ; la couche sous-jacente est d'un rose clair ; nous nous proposons d'étudier au point de vue de l'histologie cette dyschromie si remarquable : elle laisse loin derrière elle la coloration « parfois un peu brunâtre » dont parle M. Brocq.

3° Les *bulles* se produisent, comme dans la dermatolysis bulleuse congénitale, sous l'influence de traumatismes locaux ; c'est ainsi qu'ayant frictionné chez notre malade pendant quelques instants deux parties de la surface cutanée, l'une sur le dos de la main gauche, l'autre sur la cuisse correspondante, nous les avons vues toutes deux devenir, en moins de 24 heures, le siège de décollements bulleux.

B. *Passage au second plan de diverses altérations.* — 1° La *rougeur généralisée*, que M. Brocq place en tête de sa description et dont il se sert pour dénommer cette dermatose, peut être parfois bien difficile à apprécier, si elle existe réellement ; c'est à peine si nous l'entrevoions chez notre malade, très peu accentuée, lorsque nous enlevons mécaniquement les squames : elle ne mérite donc pas la place qui lui a été attribuée.

La *sécrétion séborrhéique du cuir chevelu*, qui était des plus abondantes chez tous les malades de M. Brocq, existe à peine et est

même fort contestable aujourd'hui chez notre jeune malade ; les squames qu'il présente dans cette région sont minces et relativement peu abondantes ; elles ne nous représentent qu'une localisation de l'ichthyose généralisée.

C. Discussion. — Ainsi complété et modifié, ce type morbide doit-il être complètement séparé de l'ichthyose vulgaire ?

Nous ne le pensons pas : l'altération épidermique, qui constitue, comme dans cette ichthyose, l'altération capitale, consiste en un même trouble de la nutrition épidermique ; l'aspect des squames est identique lorsqu'il s'agit d'une forme intense d'ichthyose ; elle offre la même surcharge pigmentaire si frappante dans notre type : il suffit, pour s'en convaincre, de jeter un coup d'œil sur les moulages du musée de Saint-Louis. Notre collègue M. Lenglet signale comme signes différentiels la gracilité et le peu d'abondance des cheveux chez les ichthyosiques vrais ; or, un des hommes les plus poilus que j'aie jamais vus est un ichthyosique.

L'apparition précoce des altérations, l'extension aux plis articulaires, sont-ils des faits assez importants pour différencier le type morbide ? Il n'est nullement établi que l'ichthyose vraie ne débute pas beaucoup plus tôt qu'on ne le pense généralement ; si l'altération est peu prononcée, on conçoit aisément qu'elle passe inaperçue, étant donné surtout que l'on baigne généralement tous les jours les enfants du premier âge : un adulte ichthyosique ainsi traité pourrait voir méconnue sa dystrophie cutanée.

On conçoit, d'autre part, que, dans les formes intenses, les lésions n'épargnent pas les plis articulaires.

Enfin, les éruptions bulleuses et les hypotrophies peuvent s'expliquer par un trouble dans la nutrition du derme et du squelette venant se surajouter à la dystrophie épidermique.

Considérant que l'on trouve bien plus de différences entre les diverses manifestations de diverses maladies telles que le lichen de Wilson, la syphilis, le mycosis fongoïde et la tuberculose cutanée qu'entre ces différentes formes de dystrophie épidermique, nous maintenons notre manière de voir : ce sont pour nous des variétés d'un seul et même trouble congénital de la nutrition.

Sur un trajet fistuleux gonococcique du fourreau.

Par MM. H. HALLOPEAU et BOUDET.

Les multiplications des gonocoques en dehors de l'urètre étant exceptionnelles, nous croyons devoir présenter ce malade à la Société.

Le nommé S..., Paul, âgé de 25 ans, salle Bazin, n° 43.

Il y a quatre mois, ce malade a présenté à droite du frein un bouton

d'apparence furoncleuse à la suite duquel a persisté une petite fistule par laquelle s'écoulent l'urine et les liquides d'injection.

Préalablement, le malade avait contracté une blennorrhagie, qui, après avoir paru guérie, s'est manifestée de nouveau depuis deux mois et demi.

On sent sous le fourreau jusqu'à 15 millimètres en arrière du gland une induration profonde du volume d'un petit porte-plume, qui se termine en arrière par un orifice ulcéreux du volume d'un gros grain de chènevis; il est entouré d'un rebord légèrement saillant d'environ 1 millimètre de diamètre; à son extrémité antérieure, ce cordon aboutit à un autre orifice qui siège en avant du sillon balano-préputial, immédiatement à droite du frein.

Lorsque le malade fait une injection, elle ressort immédiatement par cet orifice que l'on sent adhérer à l'urètre; il s'agit donc d'un trajet fistuleux.

L'examen bactériologique extemporané nous a montré exclusivement, dans le pus du canal et de la fistule, des gonocoques.

Nous ferons remarquer la circonscription exacte des ulcérations aux deux extrémités du trajet et leurs très petites dimensions; il semble évident que l'épiderme, contrairement à l'endothélium urétral, ne constitue pas pour le gonocoque un bon milieu de culture.

Pour ce qui est du siège du trajet fistuleux, une biopsie, qui dans ces circonstances pourrait n'être pas sans inconvénient, serait nécessaire pour le déterminer.

M. BALZER. — Les lymphangites et les abcès lymphangitiques à gonocoques sont placés à la face dorsale du pénis. Il ne s'agit pas ici d'un abcès, mais bien d'un kyste dermoïde placé à la face inférieure du pénis, le long de l'urètre. C'est d'ailleurs le siège de ces kystes. Avec M. Souplet j'en ai publié jadis un exemple remarquable sous le nom d'abcès canaliculaire le long du raphé médian du pénis. Peu de temps après M. Reclus en publia un nouveau cas et montra qu'il s'agissait là de kystes dermoïdes du raphé médian du pénis dus à un trouble dans le développement des enveloppes de l'organe. Ces kystes peuvent être courts comme dans le cas de M. Hallopeau; ils peuvent aussi s'étendre jusqu'au périnée. M. Mermet a publié dans la revue de chirurgie une monographie dans laquelle il a rassemblé tous les faits publiés. De même que M. Hallopeau, j'ai observé avec M. Edmond Fournier un cas de kyste qui avait été infecté par le gonocoque.

M. HALLOPEAU. — Si j'ai bien compris M. Balzer, c'est aux dépens d'une glande urétrale que se serait développée cette altération funiculaire; cette interprétation nous paraît des plus vraisemblables, mais la dénomination de kyste dermoïde est, suivant nous, défectueuse: le propre de ces kystes, que nous observons souvent au pourtour de l'orbite, est d'être arrondis; or, ici, nous avons affaire à un trajet fistuleux en forme de cordon. Nous ferons remarquer en outre que la nature exclusivement purulente de l'exsudat est également en désaccord avec l'idée d'une production kystique. Nous le répétons, un examen direct, impossible à pratiquer, pouvait seul juger la question.

A la partie interne du genou, quelques-unes sont agglomérées et forment des groupes qui atteignent jusqu'à 0,008 de diamètre.

Les éléments qui forment ces groupes ne sont pas fusionnés comme dans les syphilides, leurs rebords restent nettement perceptibles.

Les cicatrices sont également assez nombreuses sur le gland et sur la face dorsale des pièces : ici elles atteignent des dimensions plus considérables en surface et elles sont plus superficielles, elles atteignent le volume d'un petit haricot.

Il résulte de cette description, dont un moulage de Baretta perpétuera le témoignage, que ces cicatrices diffèrent par leur mode de groupement, leur forme ovale, leurs bords taillés comme à l'emporte-pièce, des cicatrices que laissent les syphilides et les tuberculides bacillaires : elles méritent d'attirer l'attention car elles sont assez nettement caractérisées pour former les éléments d'un diagnostic rétrospectif.

Chancre syphilitique de l'œil.

Par MM. DANLOS et DEROME.

Il s'agit d'un homme de 70 ans, atteint d'une syphilide roséolique et papuleuse abondante, occupant le tronc, la face et les membres supérieurs.

Le chancre initial caractérisé par sa préexistence et l'adénopathie siégeait à l'angle interne de l'œil gauche ; grand comme une grosse lentille, il était à cheval sur la commissure sans extension à la caroncule et à la membrane nictitante, simplement rouges et tuméfiées. Ce chancre, couvert d'une croûte adhérente, était purement érosif, à bords nets, avec induration peu marquée. Trois ganglions principaux : l'un au-devant de l'oreille, l'autre exactement à l'angle du maxillaire, un troisième vers le milieu du cou, étaient frappés par l'adénopathie chancreuse. Celui situé à l'angle du maxillaire, plus dur et plus volumineux que les autres, pouvait être considéré comme le ganglion anatomique de cette pléiade. Aucun renseignement précis n'a pu être obtenu sur le moment et le mode de la contamination.

M. GAUCHER. — J'ai eu l'occasion d'observer un cas analogue : il s'agissait d'un homme qui avait reçu dans l'œil de la poussière d'un mur qui s'effondrait. Un camarade vint à son secours et lui nettoya l'œil ; est-ce le mur qui était infecté, ou les mains de l'oculiste improvisé, toujours est-il qu'au bout des délais habituels un chancre apparut à l'angle interne de l'œil qui avait été atteint.

Le Secrétaire,

P. DÉHU.

Le Gérant : PIERRE AUGER.

SÉANCE DU 8 AVRIL 1907 (1)

Présidence de M. Alfred Fournier.

SOMMAIRE. — Ouvrages offerts à la Société. — Sur les douleurs provoquées par l'huile grise à haute dose, par M. HALLOPEAU. — Sur l'état du corps thyroïde chez les enfants atteints d'ichthyose congénitale, par MM. HALLOPEAU et BOUDET. — Rapport sur la situation de la Société, par M. DANLOS. — Sur un nouvel exemple de psoriasis consécutif à une vaccination, et sa signification, par MM. HALLOPEAU et GASTOU. (Discussion : MM. BRODIER, CRÉQUY, BALZER, A. FOURNIER.) — Conséquences fâcheuses de la radiothérapie chez un enfant atteint de trichophytie, par M. HALLOPEAU. (Discussion : M. BALZER.) — Sur un nævus pileaire géant, par MM. HALLOPEAU et LASNIER. — Sur la nature du lichen blanc de Zumbusch, par M. HALLOPEAU. — Éruption post-vaccinale à forme d'herpès, par M. DANLOS. (Discussion : MM. RENAULT, A. FOURNIER.) — Kystes congénitaux du raphé du pénis infectés par le gonocoque, par MM. BALZER et MERLE. (Discussion : MM. HALLOPEAU, DANLOS, BALZER.) — Hidradénomes éruptifs, par MM. BALZER et MERLE. (Discussion : M. HALLOPEAU.) — Contagion syphilitique par un bandage herniaire ; syphilide ulcéro-crustacée généralisée secondaire, méconnue pendant trois mois, par MM. GAUCHER et MONIER-VINARD. — Syphilides tertiaires ulcéro-croûteuses des narines, gomme de la voûte palatine, syphilome diffus du voile et des piliers, kératite interstitielle, chez un hérédo-syphilitique, par MM. GAUCHER et MONIER-VINARD. — Chancre syphilitique du thorax (région axillaire), par MM. GAUCHER et MALLOIZEL. — Eczéma séborrhéique de type anormal, par MM. GAUCHER et MALLOIZEL. — Sporotrichose cutanée hypodermique, dermique, et épidermique, par MM. GAUCHER et MONIER-VINARD. — Note sur les rapports entre les mycoses pulmonaires et cutanées, à propos d'un cas de sporotrichose, par M. GASTOU. — Complément à notre quatrième observation de sporotrichose sous-cutanée, par MM. de BEURMANN et GOUGEROT. — Un sixième cas de sporotrichose ; sporotrichose hypodermique et dermique, par MM. de BEURMANN et GOUGEROT. — Note sur la pathogénie de l'ulcère phagédénique des pays chauds, par MM. de BEURMANN et GOUGEROT. — Action des eaux de la Bourboule sur l'élimination de quelques éléments urinaires dans les dermatoses dites diathésiques, par MM. GASTOU et FERREYROLLES. — Les eaux de la Bourboule en injections sous-cutanées (comparaison avec les sérums artificiels, l'eau de mer et les eaux radio-actives), par MM. GASTOU et FERREYROLLES. — Elections.

Ouvrages offerts à la Société.

FAUCONNET. — Zur Kenntniss des Resorptionsvermögens der normalen und kranken Haut. Extr. : *Deutsch. Arch. für klin. Mediz.*, 1905.

(1) Les séances supplémentaires relatives à l'huile grise et auxquelles il est fait allusion dans ce bulletin paraîtront ultérieurement.

- JADASSOHN. — Die Tuberculose der Haut. Extr. : *Handbuch der Hautkrankheiten*. Wien, 1904.
- Ueber die Complicationen der Gonorrhoe. Extr. : *Die Deutsche klinik*, 1906.
- JADASSOHN et LEWANDOWSKI. — Pachyonychia congenita. Extr. : *Ikonographia Dermatologica*, 1906.
- JADASSOHN et BAYARD. — Ueber die Lepra im Kanton Wallis. Extr. : *Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte*, 1907.
- LEWANDOWSKI. — Zur Pathogenese der multiplen Abszesse in Säuglingsalter. Extr. : *Arch. f. Derm. und Syph.*
- PHOTINOS. — Ueber einen seltenen Fall von Pityriasis rosea. Berlin, 1906.
- Ueber einige Kulturen und mikroskopische Präparate von Herpes tonsurans. Berlin, 1907.
- Die Bedeutung von Wachsabdrücken (moulages) für Dermatol. und Syph. Berlin, 1907.
- Contrib. à l'étude et au traitem. des affections cut. et ganglionn. de la région inguino-crur. Paris, 1906.
- TOMINATSU SCHIDACKI. — Experimentelle Erzeugung von Hydrocystomen. Extr. : *Arch. f. Derm. und Syph.*, 1906.
- Ueber nodöse Iodexanthema. Extr. : *Mediz. Klin.* 1907.
- HEDINGER. — Ueber den Zusammenhang der Dermatitis exfoliativa neonatorum mit dem Pemphigus acutus neonatorum. Extr. : *Arch. f. Derm. und Syph.*
- POLLIO. — Ueber Pigment-Nävi. Extr. : *Arch. f. Derm. und Syph.*
- LOMBARDO. — I corpi inclusi della Cellule Giganti. Milan, 1903.
- JAMPOLSKI. — Ueber das Vorkommen von Ernst'schen Keratingranula. Extr. : *Deut. Mediz. Zeit.*, 1907.
- BRINITZER. — Temperatursteigerung nach Thiosinangebrauch. Extr. : *Berlin. klin. Woch.*, 1906.
- JULIUSBERG. — Zur Kenntnis des Virus des Molluscum contagiosum des Menschen. Extr. : *Deut. mediz. Woch.*, 1903.
- MICHOŁUBOW. — Ueber Granulosis rubra nasi und ueber miliaria crystallina und alba. Berlin, 1906.
- LESSELIERS. — Contrib. à l'étude du lichen scrof. Extr. : *Ann. de Derm. et de Syph.*
- WINKLER. — Beitrag zur Frage der « Sarkoide » (Boeck) resp. der subkutanen nodulären Tuberculide (Darier). Extr. : *Arch. f. Derm. und Syph.*, 1905.
- Beiträge zu der Frage der paraurethralen Gonorrhoeischen Erkrankungen. Extr. : *Monatschr. f. Urologie*, 1905.
- COHN. — Ein Fall von paraurethralen Gonorrhoe. Extr. : *Deutsch. Mediz. Woch.*, 1907.
- SCHULTZ. — Gonorrhoeische Lymphangitis. Extr. : *Deutsch. mediz. Woch.*, 1906.

Sur les douleurs provoquées par l'huile grise à haute dose.

Par M. H. HALLOPEAU.

J'ai à m'accuser d'avoir combattu, dans ma communication relative aux injections d'huile grise, l'adjonction à cette préparation d'une

substance analgésique. Je me fondais sur le peu d'intensité de la souffrance que provoquent les injections de 7 à 8 centigrammes de mercure auxquelles on s'en tenait le plus souvent jusqu'à la publication des travaux de M. Duhot; or, j'ai reconnu, depuis lors, que cette manière de voir n'est pas toujours applicable aux injections de 10 centigrammes: celles-ci provoquent, au contraire, parfois des douleurs violentes et persistantes; d'après des récits de malades, elles ne paraissent pas le céder à celles que provoque le calomel, et ce n'est pas peu dire; il y a donc lieu de chercher à atténuer cette douleur qui pourrait être préjudiciable à la méthode de traitement.

On pourra dans cette idée recourir au gaïacoloïd de M. Duret, si l'on constate toutefois qu'il ne se résorbe pas plus rapidement que le mercure dont l'action irritante ne se manifeste qu'au bout d'environ 3 jours; on pourra également recourir à un artifice de technique en faisant l'injection en deux temps séparés par un retrait de l'aiguille, enfoncée d'abord très profondément. Si ces moyens échouaient, nous n'hésiterions pas à faire deux injections de 5 centigrammes au lieu d'une de 10.

Grâce à l'une de ces mesures, ce grave inconvénient de la méthode pourra être éliminé.

Sur l'état du corps thyroïde chez les enfants atteints d'ichthyose congénitale.

Par MM. H. HALLOPEAU et BOUDET.

Nous avons étudié à ce point de vue le jeune malade que nous avons présenté dans notre dernière séance; nous n'avons pu arriver à percevoir chez lui la saillie de cette glande; il semble donc, au premier abord, que ce fait vienne à l'appui de l'origine athyroïdienne de cette dystrophie, mais, en examinant au même point de vue, plusieurs enfants du même âge, nous avons constaté que le corps thyroïde était également très peu développé chez la plupart d'entre eux, sans qu'il y eût d'ichthyose concomitante: il n'est donc pas établi que l'athyroïdie soit la cause prochaine de cette dermatose.

Rapport sur la situation de la Société

Par M. DANLOS, secrétaire général.

Mes chers collègues,

Pour les raisons que j'ai indiquées l'an dernier et sur lesquelles il est inutile de revenir, je vous dirai peu de chose sur la situation morale de la Société.

Le comité de direction n'est intervenu que dans la mesure prévue par le règlement pour le fonctionnement normal (examen des candidatures, ordre des séances), et la situation financière est bonne.

Il en est de même de notre situation scientifique. Les présentations sont toujours nombreuses et pleines d'intérêt ; nous pourrions cependant faire mieux encore. Plusieurs de nos collègues les plus distingués se désintéressent de la Société, n'assistent plus à nos séances, et ne prennent pas part à nos discussions, nous privant du bénéfice de leur expérience ; beaucoup de matériaux sont ainsi perdus ou mal utilisés. D'autre part, rien n'a été fait pour remédier à l'ordre un peu confus des présentations et des discussions. Je fais appel à la bonne volonté de tous pour améliorer cette situation et je voudrais espérer que mon appel sera entendu.

Nous avons, depuis la dernière assemblée générale, nommé de nouveaux collègues, auxquels je souhaite en votre nom la bienvenue. Ce sont :

MM. Apert, Bercat, Bernstein, Coyon, Druelle, Duhot, Eck, Ferreyrolles, Foulquier, Fouquet, Hallé, Louste, Monier, Nicolas (de Lyon), Noiré, Petges, Pignot, Rochard, Sabareanu, Teulon-Valio, Thorel, Vedel, membres titulaires ;

MM. Constantino Leo (de Rome), Dodsworth (de Rio de Janeiro), Photinos (d'Athènes), Polano et Selhorst (de La Haye), Spitzer (de Vienne), Gonzalès Uruena (de Mexico), membres correspondants.

MM. Ricard, Riocreux et Suchard nous ont adressé leur démission.

La mort a fait dans nos rangs des vides profondément regrettables.

Le 20 juin 1906 s'éteignait, victime d'une maladie lente et implacable, un de nos collègues les meilleurs et les plus estimés, TOUSSAINT BARTHÉLEMY, médecin de Saint-Lazare. D'abord interne, puis chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis, il s'était spécialisé de bonne heure dans l'étude des maladies de la peau. A peine au sortir de l'internat il se signalait à l'attention des médecins dermatologistes par une traduction de l'ouvrage de Duhring, qu'il enrichissait de notes judicieuses. Peu de temps après, paraissait son étude sur le follicle et l'acné. Depuis lors, sa production dans le domaine de la dermato-syphiligraphie ne s'est jamais ralentie. Parmi ses nombreuses publications, je citerai particulièrement son traité du Dermographisme, ses mémoires en collaboration avec Oudin sur les rayons X, leur emploi thérapeutique et les accidents qu'ils peuvent déterminer ; enfin ses études sur la prévention de la syphilis, sujet de prédilection sur lequel il est maintes fois revenu dans les assemblées dont il faisait partie, notamment à la Société de prophylaxie. Mais ce qui nous touche plus particulièrement dans sa carrière scientifique, c'est l'intérêt considérable qu'il prenait à nos travaux. Membre fondateur de la Société de dermatologie et auditeur assidu de nos séances, il se signalait par des communications toujours pleines d'intérêt et par son incessante intervention dans nos

discussions, surtout en matière de syphilis. Il y apportait une grande courtoisie, un jugement sûr, un esprit d'observation toujours en éveil et des vues souvent ingénieuses. C'est à lui que l'on doit l'invention de la seringue à petit calibre qui a permis de vulgariser le traitement de la syphilis par l'huile grise. Ce progrès si simple et pourtant si considérable est caractéristique de ses tendances. Toujours il se distinguait par le tour pratique de ses conceptions et c'était là, pourrait-on dire, la marque de son talent. Sa disparition prématurée est une perte réelle pour la syphiligraphie et laissera de profonds regrets dans notre Société où, par l'urbanité de ses manières et la sûreté de ses relations, il ne comptait que des amis.

La date du 20 juin devait être doublement fatale à notre Société, car le jour même où mourait Barthélemy, nous avions la douleur de perdre un autre de nos collègues, ALBERT JOSIAS (1852-1906). Celui-ci, à l'inverse de Barthélemy, ne fréquentait pas nos séances et était inconnu de plusieurs d'entre nous. Au début de sa carrière, il s'était pourtant occupé de dermatologie. Interne à Lourcine, puis à Saint-Louis dans le service de M. Besnier, plus tard chef de clinique de Hardy, il avait été initié par ces maîtres éminents à l'étude des maladies de la peau, et tout d'abord on put croire qu'il marcherait sur leurs traces. Une étude sur la syphilis transmise par le tatouage, et un mémoire en collaboration avec Brissaud sur les gommescrofuleuses et leur nature tuberculeuse avaient attiré sur lui l'attention. Mais il ne persévéra pas dans cette voie, et nous ne trouvons plus d'autre indice de ses affinités dermatologiques qu'une étude sur le naphthol β à propos du traitement de la gale et un article sur le traitement de la scrofule dans le traité d'A. Robin.

Bien qu'il eût rompu avec la dermatologie, Josias ne restait pas inactif ; mais son service à l'hôpital Bretonneau, une grande clientèle absorbaient ses efforts, et, depuis cette orientation nouvelle, il était trop occupé pour se souvenir de notre Société. Titulaire d'un nombre considérable de places, membre de l'Académie de médecine et d'une multitude d'autres sociétés savantes, notre collègue était, dans toute la force du terme, un homme arrivé au delà de son espérance et semblait pouvoir envisager l'avenir avec confiance et sérénité. Une maladie douloureuse et inexorable a brisé avant le temps cette brillante et facile carrière. Heureux jusque dans son malheur, Josias conserva, pendant cette période d'épreuve, l'optimisme que justifiait une longue série de succès ; il nourrit jusqu'à la fin l'espoir d'une guérison prochaine, illusion précieuse qui adoucissait pour lui l'amertume des derniers jours.

PIERRE MERKLEN (1852-1906), dont nous déplorons la mort survenue le 12 octobre dernier, avait été interne de M. Besnier, comme Josias, et comme lui avait abandonné les maladies de la peau pour la médecine générale. Toutefois il ne les avait pas quittées sans esprit de retour et,

éléments plus petits, indices de prolifération de l'agent infectieux. Bien que le malade ne puisse dire si l'éruption a, oui ou non, débuté au niveau des inoculations, on peut, en raison de la plus grande étendue qu'y présente chacun des placards, répondre par l'affirmative.

On trouve dans la littérature médicale plusieurs faits semblables : si nous rapportons celui-ci, c'est surtout dans le but d'en montrer la signification.

On sait qu'il existe trois grandes théories étiologiques du psoriasis : la théorie nerveuse, la théorie dyscrasique et la théorie parasitaire ; les pathologistes prudents, tels que MM. Gross et Audry dans les excellents articles qu'ils ont récemment consacrés à l'étude de cette maladie, s'abstiennent de se prononcer.

M. Audry refuse même à qui que ce soit la faculté de le faire. Nonobstant cette interdiction, nous nous permettrons de mettre en relief la valeur des arguments que les faits de cette nature apportent en faveur de la théorie parasitaire. En premier lieu, comment expliquer cette action de l'inoculation vacciniennne dans la théorie nerveuse et dans la dyscrasique ? Dans celle-là, la vaccination n'aurait pu que mettre en branle la disposition nerveuse ; pourquoi cette même disposition n'aurait-elle pas produit les mêmes effets lors des autres traumatismes que le malade a subis depuis sa naissance ? Comment s'expliquer ce trouble pathogénique puissant qui existerait exclusivement dans la nutrition de la peau et se traduirait uniquement par ces éruptions ? comment concevoir sa progression excentrique dans les grands placards serpigineux ou polycycliques ? Vraiment, cela ne se tient pas debout.

Les mêmes objections s'élèvent contre la théorie dyscrasique.

Dans la théorie parasitaire, on conçoit au contraire la possibilité de l'introduction, par l'aiguille du vaccinateur, de germes infectieux qui se multiplient dans l'enveloppe tégumentaire. Le succès de l'inoculation pratiquée chez notre confrère Destot, dont on a à tort contesté la valeur, témoigne dans le même sens. Mais comment concevoir chez notre malade l'introduction de l'agent infectieux du psoriasis avec le vaccin provenant de la génisse, animal qui paraît réfractaire à cette maladie ? Deux hypothèses peuvent être faites : l'une, sur laquelle nous ne nous arrêterons pas, serait celle d'une vaccination antérieure d'un psoriasis avec la même aiguille : elle est bien peu vraisemblable, en raison des soins minutieux qui sont pris par les vaccinateurs.

L'autre a trait à la présence, dans l'épiderme du malade, de germes infectieux restés jusqu'alors latents faute d'une porte d'entrée : c'est cette interprétation qui nous paraît la plus plausible.

Cette présence de germes dans la peau serait-elle de date récente ou ancienne ? Faut-il considérer ce champignon comme habitant d'ordinaire la peau à l'instar du pneumocoque dans la cavité buccale et,

à son exemple, n'intervenant comme agent pathogène que chez les sujets lui offrant un milieu de culture favorable par prédisposition acquise ou héréditaire? Il appartiendra à la bactériologie d'en décider. Quoi qu'il en soit, ces cas multiples d'inoculation vaccinale de psoriasis nous paraissent plaider puissamment en faveur de la théorie parasitaire déjà rendue si vraisemblable par les faits de contagion, par la progression des éléments en foyer à progression excentrique et par l'action curative des parasitocides administrés *intus* et *extra*.

M. BRODIER. — J'ai observé un cas de psoriasis consécutif à une injection sous-cutanée de 30 centimètres cubes de sérum antidiphthérique. Il s'agissait d'un jeune homme n'ayant jamais eu de psoriasis et ne connaissant aucun cas de psoriasis dans sa famille. L'éruption débuta, quinze jours environ après l'injection, exactement à l'endroit de la piqûre ; puis elle atteignit le reste du tronc et les membres.

M. CRÉQUY. — J'ai pratiqué un nombre considérable de vaccinations et n'ai jamais observé le psoriasis dit vaccinal. C'est donc un fait extrêmement rare et qui ne peut être une objection à la vaccination ; il est important de le noter.

M. BALZER. — La vaccine n'a peut-être été ici qu'une cause occasionnelle de l'éruption. J'ai vu la syphilis déterminer une éruption de psoriasis.

M. A. FOURNIER. — Des causes morales peuvent déterminer le psoriasis ; dans deux cas, je l'ai vu survenir après une peur.

Conséquences fâcheuses de la radiothérapie chez un enfant atteint de trichophytie.

Par M. H. HALLOPEAU.

Nous avons vu récemment un enfant qui avait subi, dans une grande ville de province, le traitement de plaques multiples de trichophytie par les rayons X ; il est guéri de sa teigne, mais, à quel prix ! De vastes parties de son crâne sont complètement dénudées ou parsemées seulement de quelques cheveux d'aspect laineux ; la peau y a pris un aspect cicatriciel ; elle est amincie. En toute évidence, il s'agit là d'altérations définitives et les lésions sont tellement étendues qu'elles ne pourront être qu'incomplètement masquées par le développement des parties persistantes de la chevelure. Loin de nous l'idée de combattre la mise en œuvre de ce puissant agent thérapeutique à qui l'on doit une véritable révolution dans le traitement de la teigne tondante : nous voulons seulement montrer à quels dangers il peut entraîner même les plus expérimentés et combien il est nécessaire de ne l'appliquer qu'avec les plus minutieuses précautions.

M. BALZER. — J'ai observé un malade chez qui on avait fait, à l'étranger, de

nombreuses applications de rayons X pour le guérir d'une trichorrexis nodosa de la barbe. Cet homme eut une radiodermite qui dura près d'un an et qui laissa après elle une dépilation complète et définitive ainsi qu'une décoloration disgracieuse des téguments correspondants.

Sur un nævus pilaire géant.

Par MM. H. HALLOPEAU et LASNIER.

Ce nævus occupe la plus grande partie de la région dorsale; il représente *grosso modo* un cœur dont la base s'étendrait dans tout l'espace qui sépare les omoplates et dont la pointe répondrait au sacrum; il est fortement pigmenté, présente quelques saillies verruqueuses et les poils qui le recouvrent sont longs, noirs, soyeux, doux et très serrés.

En présence de ce fait, la question que nous nous sommes posée et que nous avons soumise à l'appréciation de notre collègue M. Noiré, si compétent en cette matière, était de savoir s'il convenait, ou non, de traiter ce nævus par les rayons X; nous sommes tombés d'accord pour la résoudre négativement par les raisons suivantes: d'une part, cette malformation, complètement masquée par les vêtements, n'offre aucune conséquence fâcheuse; d'autre part, si l'on enlevait les poils par les rayons X, il resterait une surface fortement pigmentée, plus laide certainement qu'elle ne l'est actuellement; enfin pour enlever cette pigmentation par ces mêmes moyens, il faudrait détruire partiellement le derme et donner lieu ainsi à la formation d'un tissu de cicatrice qui pourrait ne pas être sans danger, car il pourrait offrir un terrain favorable au développement d'un épithélioma.

Nous avons donc conseillé au jeune homme de garder son nævus.

Sur la nature du lichen blanc de v. Zumbusch.

Par M. H. HALLOPEAU.

M. v. Zumbusch vient de décrire sous ce nom un type morbide qu'il considère comme une maladie non décrite avant lui: il se base sur un fait qu'il a observé dans le service du professeur Riehl; sa description peut être résumée ainsi qu'il suit:

L'éruption a débuté, il y a 4 ans, avec de vives démangeaisons, en différents points de la surface cutanée; des efflorescences se sont depuis lors produites, persistant pendant des mois pour rétrocéder ensuite en grande partie sans laisser de traces appréciables; elles occupent actuellement les faces palmaires des avant-bras, les épaules, la nuque, le dos et, en petit nombre, la poitrine; elles sont irrégulièrement groupées et souvent confluentes; leurs dimensions varient de celles d'une tête d'épingle à celles d'un pfennig; les éléments

jeunes sont arrondis ou légèrement polygonaux, saillants, nettement limités; leur coloration varie du lilas pâle au rouge assez intense; leur surface est lisse; leur consistance peu marquée. Les foyers plus anciens et plus étendus présentent des caractères différents: les éléments y sont confluent, sauf dans quelques points où l'on a l'impression que des papules se sont fusionnées en mosaïque; certaines plaques sont polycycliques; un liséré érythémateux, atteignant au plus un millimètre de rayon, les entoure. La couleur des placards confluent est des plus remarquables; leur blancheur est comparable à celle de la porcelaine ou à celle de la peau qui a subi l'action suffisamment prolongée de l'acide phénique cristallisé; leur consistance est ferme; leur surface est lisse, brillante; dans quelques groupes, elle est surmontée, par places, de petites saillies acuminées. On voit aussi, çà et là, des dépressions du volume de grains de pavots. Divers foyers sont en évolution rétrograde; ils arrivent à n'être plus représentés que par une pigmentation de la peau avec de légères dépressions qui correspondent peut-être à des atrophies: la disparition peut être assez complète pour que l'on ne puisse reconnaître quelles parties ont été intéressées.

Un *traitement* par l'arsenic paraît avoir enrayé le développement des éléments éruptifs.

L'*examen histologique* d'un fragment de papule a donné les résultats suivants: la couche cornée est un peu épaissie; la couche de kératohyaline est plus développée que dans les parties saines; au niveau des papilles et dans la moitié supérieure du derme, le tissu connectif a pris un aspect homogène; sa structure fibrillaire n'est plus que partiellement reconnaissable; on voit quelques cellules rondes autour des vaisseaux; elles sont plus nombreuses et coexistent avec un infiltrat inflammatoire des plus prononcés au pourtour de la lésion; on y trouve des cellules conjonctives en quantité anormale; les fibres élastiques ont disparu dans la partie où le tissu conjonctif a pris l'aspect homogène; tels sont, dans leur ensemble, les caractères de cette remarquable dermatose.

Cette histoire pathologique est des plus intéressantes, mais faut-il admettre, avec l'auteur, qu'il s'agit d'une maladie non encore décrite ou n'a-t-il pas eu plutôt affaire à une variété du lichen de Wilson à forme scléreuse?

M. v. Zumbusch ne méconnaît pas les analogies qui existent entre ce type morbide et le lichen: il indique à cet égard la couleur et les dimensions des éléments récents, leur tendance à former des groupes par adjonction de nouvelles papules, la guérison avec pigmentation et le léger degré d'atrophie; nous y ajouterons la coloration blanche des éléments, les dépressions nombreuses et les concrétions saillantes ou non ainsi que le prurit intense, le liséré rouge périphérique et les localisations au-dessus des poignets sur les faces palmaires des avant-bras.

Les grandes dimensions des foyers ne sont pas incompatibles avec cette interprétation. Dans notre observation de 1898, une grande nappe éruptive s'étendait transversalement entre les seins et au-dessus d'eux, en même temps qu'elle remontait jusqu'à leur partie la plus élevée.

Suivant M. v. Zumbusch, ce lichen scléreux se différencierait de l'éruption de son malade par l'aspect plan des éléments qui ne devraient leur couleur blanche qu'à leur transformation en tissu de cicatrices; nous ne pouvons admettre la légitimité de cette différenciation, car il est indiqué dans cette même observation, et surtout dans celle que nous avons présentée en 1889 à nos collègues de l'hôpital Saint-Louis, qu'une partie des éléments décolorés sont saillants; le musée de l'hôpital Saint-Louis en a conservé le témoignage. J'ai argué de ce fait pour changer l'étiquette de cette forme morbide et substituer celle de lichen plan scléreux à celle de lichen plan atrophique que j'avais d'abord adoptée. M. v. Zumbusch se fonde surtout sur les résultats de l'examen histologique pour séparer les deux affections: l'aspect homogène du derme, l'atrophie des fibres élastiques seraient caractéristiques. Or, si l'on se reporte à l'examen histologique dont les résultats ont été donnés par M. Darier dans un cas analogue, on voit qu'il y a au contraire des traits communs frappants entre sa description et celle de M. v. Zumbusch: tels sont l'épaississement de l'épiderme sans présence de noyaux, l'absence d'épaississement du corps muqueux de Malpighi, l'état très dense avec tassement des faisceaux conjonctifs du corps papillaire et de la partie superficielle du chorion; les fibres élastiques y sont très fines. l'aspect de cette couche est très homogène; au-dessous, il existe une infiltration de cellules rondes.

Nes'agit-il pas là de lésions de même nature que celles qu'a signalées M. v. Zumbusch, à une période un peu moins avancée de leur évolution? cette finesse des fibres élastiques n'est-elle pas l'expression de leur atrophie? Pour nous, en raison de si nombreux caractères communs, nous n'hésitons pas à répondre par l'affirmative et nous sommes convaincu que la très remarquable étude de M. v. Zumbusch se rapporte à un beau type de la forme scléreuse du lichen de Wilson; il est donc inutile de créer pour le désigner cette nouvelle dénomination de *lichen blanc*, d'autant mieux qu'elle n'est pas rigoureusement exacte puisque les éléments peuvent être au début d'un rouge vif. Nous rappellerons que nous avons publié quatre cas de cette forme de lichen, que M. Darier vous en a communiqué un autre et qu'une observation de lichen atrophique et pigmenté, présentée par M. Gaucher à notre Société, se rattache très vraisemblablement à ce même type qui n'est donc pas absolument rare.

Nous avons fait remarquer déjà que nos communications sont les premières dans lesquelles on ait signalé cette modalité scléreuse des papules de lichen; Kaposi n'a eu sous les yeux, dans le cas unique qu'il a signalé, que des cicatrices consécutives à des papules de lichen plan vulgaire; il n'a donc pas, comme on l'a dit à tort, observé le premier notre forme scléreuse.

Éruption post-vaccinale à forme d'herpès.

Par M. DANLOS.

Il s'agit d'un bébé de six mois, vacciné avec succès, chez lequel se développa, le huitième jour après l'inoculation, une éruption qui en l'espace de 3 jours se généralisa, ou plutôt se dissémina un peu partout, ne devenant confluent qu'à la partie interne des fesses et à la région interfessière. Pendant ces 3 jours l'enfant fut un peu chaud et grognon, sans cesser de bien téter. Au 4^e jour, quand il nous fut présenté, les boutons vaccinaux s'étaient transformés en croûtes épaisses et il n'y avait pas de fièvre.

À la face, l'éruption anormale se limitait au pourtour des lèvres, sous la forme d'un semis de papules et de vésicules *non groupées*. On voyait aussi, sur la pointe de la langue, deux petites érosions probablement consécutives à des vésicules rompues. Partout ailleurs, l'éruption était franchement herpétique, caractérisée par des éléments vésiculeux, de volume inégal, groupés sur un fond rouge débordant en liséré. Ça et là se voyaient aussi des vésicules isolées de volume inégal et en petit nombre d'ailleurs. Les groupes herpétiques étaient non symétriques, au nombre de 8 à 10 de chaque côté sur les membres supérieurs, plus nombreux et assez symétriques sur les membres inférieurs dont ils occupaient surtout les faces antérieure et interne, ainsi que la plante des pieds des deux côtés. Sur le tronc, peu d'éléments, sauf à la rainure interfessière et à la partie adjacente des fesses, dont les groupes devenus confluent occupaient toute l'étendue. Les vésicules constituant les groupes rappelaient typiquement celles de l'herpès. Elles étaient sereuses au début puis bientôt louches, aucune ne présentait d'ombilication. Après 4 à 5 jours, elles se séchèrent avec ou sans rupture et sans produire d'ulcérations vraies. Pansement à la vaseline et à l'amidon ; sur plusieurs points infectés, pansement humide. Le contenu de quelques vésicules, à la plante des pieds, se solidifia par une sorte de coagulation de l'exsudat. Actuellement, 14^e jour, la guérison est presque complète.

Cette éruption se distingue de la varicelle par le groupement en herpès ; de la vaccine généralisée par l'aspect d'herpès et l'absence d'ombilication ; du pemphigus des nouveau-nés par les mêmes caractères et par l'âge de l'enfant ; du pemphigus syphilitique, auquel un médecin avait pensé (la mère étant syphilitique depuis 13 ans), par l'apparence absolument herpétique, l'âge, le défaut de purulence, l'absence de toute autre manifestation douteuse, le bon état général et l'évolution. Une maladie de Duhring, frappant un bébé, aurait seule présenté les mêmes caractères ; il est probable néanmoins qu'elle aurait été plus polymorphe et de plus longue durée.

La pathogénie de cette éruption est incertaine. On est réduit à supposer que le virus vaccinal a fait entrer en activité des prédispositions latentes, produisant ici un herpès comme, sur d'autres sujets, un psoriasis, un eczéma, etc.

C'est la vieille théorie de la mise en mouvement des humeurs par une perturbation organique, mais je ne trouve rien de mieux, à moins

de supposer que l'herpès est microbien de nature. On pourrait dans ce cas, soit imaginer l'inoculation accidentelle de l'herpès avec le vaccin, soit supposer que la lymphé vaccinale a rendu le terrain favorable au développement du microbe de l'herpès!!!

M. Alex. RENAULT. — J'ai vu une varicelle des plus nettes se développer après la vaccine ; il s'agissait probablement d'une simple coïncidence. On peut supposer néanmoins que la vaccination a hâté l'éclosion de cette dernière éruption.

M. A. FOURNIER. — L'enfant qu'on nous présente est atteint d'un hydroa vaccinal. Mais cet enfant est issu d'une famille syphilitique et cette éruption pourrait être prise pour une éruption syphilitique ; on devine aisément à quelles considérations médico-légales une semblable erreur donnerait lieu.

Kystes congénitaux du raphé du pénis infectés par le gonocoque.

Par MM. BALZER et MERLE.

B..., Agé de 25 ans, se présente à la consultation de l'hôpital Saint-Louis pour plusieurs petites tuméfactions suintantes qu'il constata il y a 15 jours à la partie inférieure du fourreau de la verge.

Depuis la racine du frein jusqu'à l'origine des bourses, il existe sur la ligne médiane comme une trainée rougeâtre d'aspect légèrement inflammatoire, faisant une saillie anormale avec trois points plus épaissis constituant des nodosités perceptibles à la vue, l'une à 2 centimètres du gland, l'autre à la racine des bourses et la troisième intermédiaire.

On constate à la palpation que ces lésions sont sur le trajet d'un cordon induré et continu. Les nodules constatés à l'inspection sont plus durs, du volume d'un pois ou d'un haricot environ ; ils sont presque indolores à la pression et ne sont réductibles en aucune façon ; les portions intermédiaires du cordon sont aussi très nettement perceptibles à la palpation. Le cordon donne un peu la sensation d'un canal déférent. Il suit presque rigoureusement la ligne médiane, et il est absolument indépendant des plans profonds ; il adhère au contraire à la face profonde de la peau ; cette peau du reste n'est pas altérée et le raphé se présente avec son aspect normal, en dehors de la rougeur inflammatoire déjà signalée.

Les nodules sont le siège d'un suintement tantôt séreux, tantôt purulent ; on constate à leur niveau plusieurs orifices, mais de très petites dimensions, ce sont de petits pertuis fistuleux sur le long du raphé, qui ne se décèlent que grâce au suintement qui se produit par le trajet auquel ils correspondent. L'orifice correspondant au nodule le plus voisin du gland est cependant plus marqué ; il est entouré d'une sorte de petit croissant en forme de valvule.

L'écoulement de pus ou de sérosité est spontané et produit des taches sur le linge du malade ; on peut le provoquer en pressant sur les nodules fistuleux. Il est fort probable que les nodules qui donnent du pus ou de la sérosité communiquent entre eux, mais insuffisamment pourtant pour qu'on puisse faire sourdre le liquide par un des trajets en appuyant sur le nodule voisin

ou le cordon intermédiaire. Quant aux trajets fistuleux eux-mêmes, ils sont tellement étroits que nous n'avons pu y passer un stylet de très petite dimension.

C'est depuis 15 jours, comme nous l'avons dit, que le malade s'est aperçu de quelque chose d'anormal à la face inférieure du fourreau ; il constata les lésions que nous avons décrites en même temps que le suintement séro-purulent dont elles étaient le siège. Elles étaient sensibles au frottement des vêtements, mais la gêne est demeurée peu considérable ; le coït même n'est pas douloureux. Quelques jours avant l'apparition de ces symptômes, il y eut une adénopathie gauche que le malade attribua à une excoriation du pied dont on retrouve encore les traces. Il existe actuellement un ganglion inguinal droit, gros comme une noisette volumineuse.

Nous avons examiné le pus qui sortait ainsi des orifices du raphé après coloration et nous avons constaté la présence, dans les polynucléaires, de gonocoques extrêmement nombreux et caractéristiques indiquant qu'il s'agissait incontestablement d'une infection blennorrhagique du cordon sous-cutané. Le pus contient aussi des cellules épithéliales plates assez volumineuses.

L'urèthre, d'autre part, est absolument sain et n'est le siège d'aucun suintement ; le malade n'a même jamais eu d'écoulement d'aucune sorte, ni aucune maladie vénérienne.

Il s'agit donc chez ce malade d'une infection blennorrhagique de cavités anormales situées dans l'épaisseur du tégument et communiquant avec l'intérieur par de petits trajets fistuleux qui ont donné voie d'accès au gonocoque. Ces faits ne peuvent s'expliquer que par la présence, au niveau du raphé génital, de kystes congénitaux. Dans notre cas, ces formations sont demeurées inconnues du malade pendant longtemps, et c'est l'infection microbienne qui les a rendues manifestes.

..

Le nombre des cas publiés de kystes dermoïdes doit être assez grand ; Mermet (1) en a rapporté 23 cas. Cette rareté s'explique en partie par l'indolence et le peu de gêne occasionnée par cette malformation qui font que le malade n'attire pas l'attention sur elle, comme cela se serait produit chez notre malade sans l'infection blennorrhagique.

Ces kystes sont dus à une anomalie de développement des organes génitaux externes. Ce développement se produit en trois phases : 1° stade *cloacal* ; 2° stade *périnéal*, marqué par le cloisonnement du cloaque et l'apparition de replis uro-génitaux bordant la fente uro-génitale ; 3° stade *génital*, marqué par l'apparition, en avant de la fente uro-génitale, du tubercule génital. A face inférieure de ce

(1) MERMET. Les kystes congénitaux du raphé génito-périnéal. *Revue de Chirurgie*, mai 1895.

tubercule, apparaît le *sillon uréthral* continuant la fente uro-génitale et bordé par les replis uréthraux. Ces replis se rejoignant sur la ligne médiane transforment le sillon en canal. L'épithélium du sillon uréthral se transforme en même temps, il acquiert son type prismatique significatif, et l'urèthre est constitué.

C'est à l'absence de soudure des deux replis uréthraux que sont dus les kystes qui nous intéressent. Dans notre cas, cette absence de soudure a dû se produire selon toute vraisemblance au niveau des bords inférieurs des replis et du revêtement ectodermique de ces bourrelets (kystes *dermoïdes*). Monod, Vidal de Cassis, Picardat, ont signalé des trajets sous-cutanés ainsi constitués au voisinage du raphé et communiquant avec l'extérieur pour donner de véritables urèthres doubles. L'absence de soudure en un point donné et sur toute la hauteur donne l'hypospadias, celle qui se produit non plus à la partie inférieure, mais supérieure des replis, peut donner des poches communiquant avec l'urèthre ou des cavités tapissées d'un épithélium uréthral capable de proliférer (kyste *mucoïde*).

Parmi les observations recueillies par Mermet, les unes concernent des kystes formés d'une cavité unique prêtant à confusion avec des kystes sébacés, d'autres qu'il réunit sous le nom de *type moniliforme* (7 fois sur 20) se rapprochent beaucoup de notre cas : ils sont constitués par un canal clos alternativement dilaté et rétréci, suivant le raphé, résultant d'une inclusion ectodermique sur une plus ou moins grande étendue, intermédiaire aux inclusions localisées (type circonscrit) et aux urèthres accessoires que nous avons déjà signalés. L'auteur rapporte des cas assez nombreux montrant que ces kystes peuvent exister non seulement au niveau du pénis, mais sur toute l'étendue du repli génito-périnéal, le maximum de fréquence siégeant au voisinage de l'anus et au prépuce.

..

A l'étranger ces kystes congénitaux ont été étudiés par plusieurs auteurs, et notamment en ce qui concerne leur infection par la blennorrhagie. Englisch (1) a relevé 34 cas de kystes dans la littérature médicale et il a rapporté 4 observations personnelles. Il distingue : des kystes du prépuce, des kystes du frein, de la face inférieure de la verge, des bourses, du périnée. Ils se forment dans le tissu cellulaire et siègent sur la ligne médiane ou dans son voisinage ; ce relevé montre bien la fréquence relative de ces kystes que l'on trouve encore assez facilement lorsqu'on se donne la peine de les chercher.

Parmi les observations d'infection blennorrhagique de ces kystes il

(1) ENGLISH. *Centralb. f. Harn. u. Sexualorgane*, 1902, p. 434.

faut rappeler celles d'Audry (1) et de Chatin et Druelle (2). Winkler (3) en a rapporté 3 observations dans un mémoire fort intéressant sur ce sujet. Un de ces cas s'est accompagné de lymphangite dorsale de la verge, d'abcès du prépuce à gonocoques, et enfin de suppuration des kystes para-uréthraux. Winkler fait remarquer que, malgré la fréquence relative des kystes du raphé, leur infection par le gonocoque paraît assez rare. Cet auteur a pu constater que la paroi de ces kystes est tapissée par un épithélium plat et stratifié, ainsi que Heuyer et Darier, Brault et Audry l'avaient déjà constaté ; il a vu la paroi conjonctive du kyste infiltrée de lymphocytes, de cellules plasmiques, et de leucocytes polynucléaires ; les lymphatiques qui entouraient le kyste étaient dilatés et contenaient des lymphocytes et des cellules endothéliales volumineuses. Il n'a pas trouvé de poils ni de glandes dans la paroi du kyste. Les gonocoques se voyaient dans la cavité du kyste, mais non dans le tissu conjonctif de la paroi.

Récemment Cohn (4) a observé un cas de kyste para-urétral du prépuce également infecté par le gonocoque ; là aussi le microbe existait à la surface du kyste, mais non dans l'épaisseur de sa paroi.

Les complications infectieuses des kystes congénitaux du raphé se retrouvent dans une observation publiée par l'un de nous et A. Souplet dès 1893 (5). Il s'agissait d'une série d'abcès chauds, fluctuants, accompagnés de phénomènes inflammatoires assez accentués ; ils furent incisés et donnèrent issue à du pus en quantité assez notable ; on y trouva des bacilles et des cocci dont la nature exacte ne put être déterminée.

Nous devons rappeler que la véritable nature de ce cas remarquable nous avait échappé à ce moment ; elle nous fut révélée, peu de temps après, par le travail de M. Reclus.

Les kystes sont, en effet, infectés par des microbes divers, soit les microbes pyogènes, soit le gonocoque. L'un de nous, dans sa carrière hospitalière, a observé 5 fois des kystes du raphé pénien, 3 avec suppuration, dont il est parlé dans le présent travail, et 2 autres non suppurés, l'un au prépuce, l'autre au fourreau du pénis.

Dans un cas, observé également à l'hôpital Ricord avec Ed. Fournier,

(1) AUDRY. Ueber die Wandungen gonorrhöischer Abscesse der Penis. *Monat. f. prakt. Derm.* Bd 35, p. 10.

(2) CHATIN et DRUELLE. *Le Progrès Médical*, 1903, p. 55.

(3) WINKLER. Beiträge zu der Frage der paraurethralen gonorrhöischen Erkrankungen. *Monatsberichte der Urologie.*, Bd X, H. 6, 1905.

(4) COHN. Ein Fall von paraurethrale Gonorrhoe *Deutsch Medizin Woch.*, 1907, n° 1.

(5) BALZER et SOUPLET. Deux observations de suppuration en trajet canaliculaire le long du raphé médian du pénis et du scrotum. *Bulletin de la Société française de Dermatologie et Syphiligraphie*, 1893, t. IV, p. 158.

l'inflammation suppurative du kyste congénital était due à la présence du gonocoque qui fut constaté dans le pus (1).

Bon nombre de ces faits ont dû être méconnus jusqu'ici et il nous paraît utile d'appeler l'attention sur cette localisation du gonocoque qui peut persister pendant un temps très long et être ainsi l'occasion de fréquentes contaminations. Cette localisation toute spéciale de la blennorrhagie juxta-urétrale de l'homme est d'autant moins connue que les traités de pathologie ont été jusqu'à présent extrêmement brefs sur la description des kystes congénitaux du raphé médian du pénis.

∴

Il suffit de se rappeler la possibilité de leur existence pour que le diagnostic soit fait avec la plus grande facilité. Ces kystes enflammés ne pourraient être, en effet, confondus qu'avec les lymphangites de la verge, qui, comme on le sait, font des cordons indurés susceptibles de suppurer ; mais les lymphangites sont placées à la face dorsale de la verge tandis que les kystes sont le long du raphé médian et tendent à suivre une direction parallèle à celle de l'urèthre.

Après avoir fait le diagnostic de kyste, il ne s'agit plus que de s'assurer par l'examen microscopique si le pus qui provient des petits abcès fistuleux contient ou non le gonocoque.

Enfin, il est à remarquer que le kyste enflammé présente souvent une disposition moniliforme et que les abcès ou les trajets fistuleux se forment à quelque distance les uns des autres. C'est que ces abcès sans doute, comme ceux de l'urèthre, se forment d'abord dans la paroi du kyste, puis gagnent sa surface et finissent par ulcérer la peau, déterminant ainsi progressivement la formation des trajets fistuleux qui persisteront fort longtemps.

La désinfection de semblables kystes à l'aide d'injections diverses faites à l'aide de fines aiguilles pourrait évidemment être tentée, mais n'aboutirait pas à obtenir l'oblitération des trajets fistuleux. Le traitement radical consiste à pratiquer chirurgicalement l'ablation des kystes.

M. HALLOPEAU. — Il est difficile de considérer comme un kyste dermoïde une tumeur qui a la forme d'un cordon allongé, et qui ne ressemble en rien aux kystes dermoïdes des autres régions.

M. DANLOS. — Il est certain que la disposition allongée de cette tumeur laisse plutôt supposer qu'elle a son siège dans les lymphatiques.

M. BALZER. — Je rappellerai seulement que ces kystes dermoïdes ont été bien étudiés par M. Reclus, par M. Mermet et d'autres, et qu'ils sont bien connus des chirurgiens.

(1) BALZER. *Traité de Médecine et de Thérapeutique*, art. Blennorrhagie, t. II, p. 330.

Hidradénomes éruptifs.

Par MM. BALZER et MERLE.

Malade âgé de 30 ans, de santé générale parfaite, sans antécédents pathologiques à signaler, si ce n'est un eczéma aigu des bourses, il y a deux ans, qui guérit facilement; à plusieurs reprises le malade souffrit également d'eczéma de la région anale. On ne trouve dans ses ascendants et ses descendants (petite fille bien portante) aucune affection cutanée.

On constate en l'examinant qu'il existe sur la face antérieure du thorax et la partie supérieure de l'abdomen une grande quantité d'éléments papuleux, de couleur rosée, se détachant assez nettement par leur saillie et leur coloration sur les téguments et donnant l'impression d'une véritable éruption. Ces éléments sont assez variables comme taille, les uns très petits, comme une tête d'épingle, les autres volumineux, de forme ovalaire, mesurant 4 à 5 millimètres de longueur sur 2 ou 3 de largeur.

Quand on passe la main sur la surface de la peau, on les perçoit très nettement, comme autant de petites éminences arrondies; en les pinçant entre deux doigts, on peut constater qu'il s'agit de véritables petites tumeurs situées dans la partie profonde de la peau.

La pression ne provoque aucune sensation spéciale, la sensibilité à leur niveau est la même qu'à leur voisinage sur la peau saine. Les éléments sont surtout abondants sur les faces latérales du thorax et de l'abdomen, sur les reins, plus disséminés sur la ligne médiane. Ils sont également assez serrés à la face antérieure du thorax au-dessous des clavicules: on peut en compter en moyenne environ un ou deux par centimètre carré. On compte quelques éléments à la base du cou. Il n'en existe pas sur les membres inférieurs et supérieurs, pas dans les aisselles ni dans le dos et sur les épaules; la zone de distribution correspond assez exactement, comme on l'a déjà dit, à la valve antérieure d'une cuirasse.

Ces tumeurs n'ont pas toujours existé chez notre malade; leur début remonte à 3 ans; il affirme que jadis sa peau était absolument lisse et normale. Nous n'avons pas trouvé non plus de troubles fonctionnels de ses téguments, du côté de la sudation notamment. C'est sans cause que les éléments apparurent; et sans s'accompagner de sensations prurigineuses ou anormales. Il en survint un assez grand nombre en une seule fois: les premiers sièges de cette sorte d'éruption étaient les faces latérales du thorax, au-dessous des mamelons; les éléments se disséminèrent ensuite pour occuper les régions où nous les constatons actuellement.

Depuis 6 mois, il semble qu'il se développe également des formations anormales au niveau du front et c'est cette constatation qui alarma le malade et le décida à venir consulter à l'hôpital Saint-Louis. Sur la partie gauche du front, on trouve quelques petites saillies, diffuses, difficiles à limiter, présentant un aspect un peu brillant et donnant à la peau une apparence chagrinée.

Enfin, on constate à l'angle palpébral interne, des deux côtés, une série de petites tumeurs, les unes grosses comme une tête d'épingle, les autres de 2 millimètres de diamètre, faisant une saillie nette sur les téguments, de coloration un peu jaunâtre et de consistance ferme. Ces petites tumeurs

sont symétriques, mais il n'en existe que trois très petites à gauche ; à droite, elles sont plus volumineuses et plus nombreuses. Ces tumeurs sont très anciennes et probablement même congénitales.

L'examen histologique a été pratiqué sur un des éléments les plus volumineux prélevé à la partie antérieure droite du thorax, sous la clavicule.

Le corps muqueux de Malpighi nous paraît indemne de toute lésion. Dans le derme on rencontre des éléments qui viennent confirmer le diagnostic d'hidradénome posé cliniquement. On trouve des cordons de cellules épithéliales, coupés tantôt en travers et donnant des figures arrondies, tantôt en long et formant des travées allongées. Ces travées, pour la plupart, sont pleines et ne présentent pas de canalicule net à leur intérieur : ce dernier caractère ne s'est présenté que sur un ou deux éléments sur les différentes coupes que nous avons examinées. Dans ces cordons on voit plusieurs sortes de vésicules apparaissant dans les coupes sous forme d'espaces tantôt vides, tantôt remplis partiellement d'une substance amorphe qui se colore par l'éosine ou l'orange tannin. Ces vacuoles sont bordées par des cellules épithéliales aplaties et superposées : il semble exister deux rangées de ces cellules formant paroi autour des vacuoles ; leurs noyaux sont allongés, fusiformes et fortement colorables. Ces vacuoles sont tantôt indépendantes, isolées au milieu du tissu conjonctif, tantôt elles sont en connexion avec des cordons épithéliaux qui aboutissent à un de leurs pôles, en continuité avec la paroi épithéliale, pour constituer des figures en raquettes. Il n'existe aucune réaction autour de ces éléments épithéliaux, le tissu conjonctif environnant est absolument normal. Ces éléments sont d'abondance variable suivant les coupes, parfois très serrés, d'autres fois clairsemés, de façon qu'on n'en rencontre qu'un ou deux dans un champ de microscope (Stiassnie, objectif n° 4). On en rencontre sur toute l'épaisseur de la coupe, qui mesure environ un millimètre, en quantité à peu près égale à la partie la plus profonde et à la base du corps muqueux.

Autour des vaisseaux on trouve des manchons de cellules embryonnaires indiquant un certain degré d'inflammation chronique.

Enfin, nous avons constaté au niveau de la section d'un follicule pileux une sorte de prolifération de l'épithélium qui donne une figure de rosace au lieu d'un cercle régulier ; le désordre dans la disposition des cellules indiquerait peut-être que l'épithélium sudoripare n'a pas été le seul à être intéressé par le processus pathologique.

On rencontre au niveau des coupes un certain nombre de glandes sébacées qui ne sont pas altérées.

Une particularité assez remarquable doit être relevée dans notre observation : d'une part, l'existence très ancienne des petites *tumeurs des paupières* que notre malade dit avoir toujours connues ; d'autre part, le développement relativement récent des *tumeurs du tronc* qui, suivant lui, ne remonteraient qu'à trois ans.

D'après les recherches de Gassmann, les petites tumeurs des paupières

sont de même nature que les hidradénomes éruptifs du tronc. Malheureusement notre malade n'a pas permis la biopsie des tumeurs palpébrales, mais leur coïncidence avec les hidradénomes du tronc semble dans notre cas plaider en faveur de l'identité de leur nature, identité qui a pu être reconnue dans plusieurs cas (Winkler). S'il s'agit de nævi pour les deux variétés de tumeurs, comme on arrive aujourd'hui à l'admettre (Unna, Darier, etc....), il faut faire ressortir le long espace de temps qui s'est écoulé entre la formation des tumeurs palpébrales et celle des tumeurs du tronc. Toutefois, il convient d'ajouter que cette particularité ne suffit pas pour faire écarter l'origine congénitale de ces tumeurs et leur nature de nævi. Il serait possible, en effet, que les hidradénomes du tronc, demeurés pendant de longues années invisibles à cause de leur petitesse, aient pris seulement un rapide développement dans ces derniers temps, de manière à frapper l'attention du malade. Les hidradénomes peuvent se révéler, en effet, plus ou moins longtemps après la naissance, ainsi que d'autres nævi ; dans une observation récemment publiée, Pernet (1) relève également cette particularité.

L'intéressante affection dont nous nous occupons dans cette note a déjà reçu plusieurs dénominations qui ont été proposées à mesure que les observations nouvelles surgissaient (2). Kaposi le premier avait proposé le nom de lymphangioma tuberosum multiplex ; l'un de nous a jadis préconisé celui d'épithélioma adénoïde des glandes sudoripares ; Brooke, Fordyce, Wolters ont employé celui d'épithélioma adénoïde kystique ; Quinquaud celui de cellulome éruptif, épithéliome kystique bénin (Jacquet, Brocq), syringome ou syringocystadénome (Unna et Torök), cystadénomes, épithélioma bénin (E. Besnier), hémangioendothéliome papuleux de la peau, nævi cystépithéliomateux (Gassmann). Ces diverses dénominations ont toutes leurs mérites, mais celle d'hidradénome éruptif a le double avantage d'exprimer à la fois le point de départ probable et la nature de la tumeur et de rappeler sa modalité clinique la plus curieuse. De plus, elle a été employée dans beaucoup de publications, bon motif pour la conserver. *Nævus hidradénomateux éruptif* ou simplement *hidradénome éruptif*, telle nous paraît donc la meilleure dénomination actuelle.

Le traitement radiothérapique a été institué depuis un mois environ et appliqué par M. le Dr Fleig, assistant de radiothérapie du service. Quatre séances ont été faites sur les tumeurs siégeant au-dessous du mamelon droit. Sous cette influence, elles sont devenues d'un rose plus vif en même temps que leur saillie paraît avoir un peu diminué, ce qui

(1) PERNET. Nævi cystépitheliomatosi disseminati. *The British Journal of Dermatology*, mars 1907.

(2) WINKLER. Beiträge zur Kenntniss der benignen tumoren der Haut. *Archiv für Derm.*, Bd LXVII, 1 H.

donne espoir d'un succès thérapeutique par cette méthode. Récemment Hartzell en a rapporté une observation favorable dans un cas d'épithéliome kystique bénin de la face.

M. HALLOPEAU. — J'ai présenté à la Société une femme qui présentait des hidradénomes analogues; mais les éléments étaient plus petits que dans le cas de MM. Balzer et Merle.

Contagion syphilitique par un bandage herniaire; syphilide ulcéro-crustacée généralisée secondaire, méconnue pendant trois mois.

PAR MM. GAUCHER et MONIER-VINARD.

D..., Antoine, âgé de 58 ans, sans profession, entre le 15 décembre 1906 dans le service de M. le professeur Gaucher, salle Saint-Louis, lit n° 16, présentant une éruption d'éléments ulcéro-croûteux disséminés sur les membres et la face.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort à un âge avancé d'une affection pulmonaire aiguë. Sa mère est morte à 65 ans de la grippe. Un frère est mort en bas âge. Deux sœurs vivent et sont en parfaite santé.

Antécédents personnels. — Rougeole dans l'enfance, fièvre typhoïde à l'âge de 20 ans. Jamais de maladies vénériennes. Le malade est veuf depuis six ans. Sa femme est morte d'un néoplasme du sein. Jamais il n'a eu d'enfants.

Histoire de la maladie actuelle. — En octobre 1906, le malade, qui avait depuis quelques années une hernie inguinale gauche facilement réductible, alla dans l'hôpital de son quartier pour se procurer un bandage herniaire qu'il se mit à porter régulièrement. Vingt jours environ après l'essai de cet appareil, il vit se développer sur la région pubienne gauche, au point où pressait la pelote du bandage, une petite ulcération, peu douloureuse spontanément, légèrement suintante et qui bientôt s'accompagna d'une adénopathie inguinale assez volumineuse, mais à peu près complètement indolente.

Peu à peu cette petite plaie augmenta de surface, atteignant environ le diamètre d'une pièce de un franc.

Le malade, contrarié de ne pouvoir, dans ces conditions, continuer à porter son bandage, se rendit à la consultation d'un hôpital de la rive gauche, où sa lésion fut considérée comme d'origine traumatique et traitée par des applications de teinture d'iode et des pansements humides. Au bout d'un mois, l'ulcération était à peu près guérie, laissant au niveau de l'orifice inguinal externe gauche une cicatrice brunâtre, assez infiltrée et encore actuellement visible. L'adénopathie persista beaucoup plus longtemps, ne rétrocedant que très lentement.

A partir de ce moment, le malade éprouva d'assez fréquents maux de tête et ressentit une lassitude générale, qu'il attribuait à la paresse habituelle de ses digestions. Environ un mois et demi après la cicatrisation de la petite plaie du pubis, commencèrent à apparaître sur toute la surface du corps des éléments rouge foncé, légèrement surélevés, qui, par leur persistance et

leur extension continuelle, le déterminèrent à venir consulter M. le professeur Gaucher. Admis le 13 décembre 1906 dans le service, on constate à cette date, sur le front, les joues, le cou, une dizaine d'éléments ulcéro-croûteux à fond rouge vif, suintants, recouverts d'une croûte épaisse, stratifiée, brunâtre.

La base de ces ulcérations manque de souplesse, les ganglions cervicaux et sous-maxillaires sont légèrement augmentés de volume. D'autre part, sur l'avant-bras gauche, sur les membres inférieurs, surtout à la face antéro-externe des deux cuisses, se voient des lésions qui sont en quelque sorte l'exagération de celles que l'on observe sur le visage. D'une dimension variant de celle d'une pièce de 5 francs à celle de la paume de la main, recouvertes de croûtes très épaisses, ces ulcérations, dont le fond est suintant, creusent profondément le derme qui est infiltré, en sorte que leur aspect est celui de syphilides ecchymatiformes phagédéniques.

Ce fut le diagnostic porté aussitôt, et l'on reconstitua l'histoire de la maladie, interprétant comme ayant dû être l'accident primitif la lésion provoquée par le bandage herniaire.

On prescrit des injections quotidiennes de 2 centigrammes de benzoate de mercure et à l'intérieur 2 grammes par jour d'iode de potassium.

Pulvérisations et pansements humides sur les ulcérations.

Le 10 janvier 1907. — Il n'est pas apparu de nouvelles lésions; celles qui existaient déjà sont en voie d'amélioration, leur fond est beaucoup moins irrégulier et le suintement sanieux est tari.

Le 5 février. — Les lésions de la face sont complètement cicatrisées; celles des cuisses le sont partiellement, les plus grandes ont à peine l'étendue d'une pièce de 2 francs.

Le 10 février. — Le malade est atteint d'un érysipèle de la face, qui nécessite son transfert à Aubervilliers.

Le 11 mars. — Le malade revient à Saint-Louis, guéri de son érysipèle, les lésions sont sensiblement dans le même état qu'au moment de son départ.

On prescrit une nouvelle série de piqûres quotidiennes de 2 centigrammes de benzoate de mercure.

Le 26 mars. — Guérison complète de toutes les plaies, qui laissent une cicatrice brun pâle.

Le malade sort du service.

D... a donc présenté, au moment de son entrée dans le service, des syphilides secondaires ulcéreuses, phagédéniques, qui en elles-mêmes n'ont pas eu un intérêt spécial. Ce qui est à retenir simplement dans son histoire, c'est le mode de contagion syphilitique. Le malade affirme ne pas avoir eu de rapport sexuel depuis plus de trois ans et l'accident primitif chez lui, quoique ayant siégé dans la région des organes génitaux, ne fut pas d'origine vénérienne, mais semble bien devoir être attribué au port d'un bandage herniaire, souillé probablement par un autre malade qui en avait fait antérieurement l'essai.

Syphilides tertiaires ulcéro-croûteuses des narines, gomme de la voûte palatine, syphilome diffus du voile et des piliers, kératite interstitielle, chez un hérédo-syphilitique.

Par MM. GAUCHER et MONIER-VINARD.

G..., Armand, âgé de 25 ans, employé de bureau, entre à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le professeur Gaucher, salle Saint-Louis, lit n° 29, présentant des ulcérations de la narine droite et du lobule du nez et des lésions gommeuses de la voûte et du voile du palais.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort à 56 ans de pneumonie. Sa mère a eu deux fausses couches, puis a eu six enfants dont trois moururent en bas âge.

Les trois autres sont en bonne santé.

Antécédents personnels. — G... a été élevé au sein par une nourrice.

Il a eu, pendant sa première enfance, la rougeole et la coqueluche.

Depuis l'âge de trois ans, il a eu, aux deux yeux, une kératite qui ne se guérit jamais, ayant des alternatives d'amélioration et d'aggravation.

Il y a six ans, il a eu une adénite sous-maxillaire gauche volumineuse, indolente, qui persista pendant quatre mois sans s'ouvrir, puis diminua peu à peu de volume.

Presque au même moment, il eut une ostéite du quatrième métatarsien du pied gauche, qui provoqua la formation d'un abcès fistuleux. Soigné d'abord à la Charité pour cette ostéite, il guérit lentement sous l'influence de cautérisations répétées. Il fut réformé du service militaire en raison de cette lésion du pied, dont on voit actuellement la cicatrice.

Les lésions actuelles du nez débutèrent, il y a huit mois environ, constituées d'abord par une érosion surélevée, siégeant sur la narine droite. Un médecin appliqua une pommade et fit des cautérisations au thermo-cautère, pensant à un lupus. Vers cette époque se développa la lésion de la voûte et du voile du palais.

État actuel, le 14 mars 1907. — Le lobule du nez et la narine droite sont le siège d'une infiltration assez étendue en surface et en profondeur, dont les limites sont difficiles à fixer exactement. Elle est constituée par des nodules confluent de dimensions inégales, d'une tête d'épingle à un grain de chènevis, rouges, fermes, indolents, dont la surface n'est pas régulièrement lisse, mais présentent des petites érosions suintantes. Il se forme ainsi une croûte blanc jaunâtre assez épaisse, formée de lames superposées, qui, par leur superposition, forment une assez notable saillie.

Il s'agit, en somme, d'un syphilome diffus de l'extrémité du nez et de la narine droite.

Sur la partie moyenne de la voûte palatine, un peu à droite de la ligne médiane, on voit une tuméfaction rouge, saillante, à surface granuleuse, autour de laquelle la muqueuse paraît légèrement rouge. L'examen rhinoscopique, pratiqué par M. le Dr Bloch a montré qu'il existait un gonflement de la muqueuse de la cloison exactement au niveau du point où siège la gomme de la voûte.

Le voile dans toute son étendue ainsi que la luette et les piliers antérieurs présentent une infiltration rouge sombre à bords découpés, qui tranche net-

tement avec la couleur beaucoup plus pâle de la muqueuse du voile. De plus, ces mêmes régions sont légèrement tuméfiées et toute leur surface a un aspect finement granuleux. La rhinoscopie postérieure montre que la face postérieure du voile a le même aspect que la face antérieure.

L'examen de l'œil gauche a été pratiqué par M. le Dr Antonelli, qui nous a remis la note suivante :

Œil gauche. Néphélion paracentral inféro-nasal, reliquat d'une kératite parenchymateuse ancienne. Aucune lésion du fond de l'œil.

Œil droit. Reprise de la kératite ancienne qui entraîne de la photophobie et de la diminution de l'acuité visuelle. La lésion a une forme nodulaire superficiellement ulcéreuse avec injection péri-kératique. L'examen du fond de l'œil est impossible.

Ce malade a présenté dans sa première enfance une lésion auriculaire droite qui a laissé un léger degré de surdité. Enfin on note quelques déformations squelettiques : thorax en entonnoir et tibia en lame de sabre.

G..., qui légitimement doit être considéré comme un syphilitique héréditaire, a donc actuellement des accidents syphilitiques tertiaires, syphilides ulcéro-croûteuses du nez, gomme de la voûte palatine, kératite interstitielle et, enfin, un syphilome diffus du voile et des piliers antérieurs, lésion qui nous a paru mériter d'être présentée à la Société en raison de son assez grande rareté.

Chancre syphilitique du thorax (région axillaire).

Par MM. GAUCHER et MALLOIZEL.

M^{me} R..., Clémence, ménagère, âgée de 50 ans, entre le 18 mars 1907 dans la salle Henri IV, pour une éruption cutanée.

Elle présente depuis 15 jours, disséminées sur tout le corps, y compris la face, de grosses syphilides papuleuses.

Interrogée sur l'origine de cette affection, elle nous montre sur la paroi thoracique dans la ligne axillaire, à 10 centimètres environ au-dessous du creux de l'aisselle, un bouton qui, dit-elle, existe depuis 2 mois. Cet élément a la taille d'une pièce d'un franc; sa surface est exulcérée, légèrement saignante, sécrétant une petite quantité de séro-pus. Sa base est nettement indurée. Il existe un ganglion axillaire gauche, de volume moyen, dur et indolent. On en trouve un autre dans l'aîne du même côté. Il s'agit là certainement d'un accident primitif de siège anormal.

Eczéma séborrhéique de type anormal.

Par MM. GAUCHER et MALLOIZEL.

Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans, passementière, entrée à la salle Henri IV, le 6 avril 1907. Elle n'a aucun antécédent morbide, sauf que, depuis longtemps, elle a de la séborrhée du cuir chevelu et du visage (menton et région sourcilière), à laquelle d'ailleurs elle n'a jamais pris garde. Il y a

17 jours, sans cause appréciable, elle remarqua sur sa poitrine de petites taches d'un rose légèrement fauve, un peu papuleuses et légèrement squameuses.

Rapidement, cette éruption s'étendit à tout le corps, sauf la face.

Elle s'est accompagnée, dans les premiers jours, d'un léger prurit.

L'éruption est assez polymorphe ; sur le dos, où elle occupe surtout les parties latérales et où les éléments confluent vers l'aisselle, on a affaire à des papules squameuses de couleur fauve dont certaines ont une apparence syphiloïde. Sur les cuisses et surtout à la face interne des genoux, on retrouve le même aspect ; en certains points, les papules sont bien isolées les unes des autres et rappellent les papules spécifiques.

Sur les mains, dans les espaces interdigitaux, l'aspect rappelle celui des lésions de gale, mais il n'y a pas trace de sillons et d'ailleurs le prurit n'a duré que 36 heures. L'éruption présente un aspect analogue sur le dos des pieds.

Enfin, on trouve des papules très nombreuses sur la paume des mains et la plante des pieds ; ces papules sont plus brunes, quelques-unes purpuriques ; sous les doigts, elles apparaissent saillantes et ont un certain degré de dureté comme les syphilides.

Le 12 avril, l'éruption diminue sans aucun traitement ; toutes les lésions deviennent squameuses et l'aspect général est celui de lésions d'eczéma sec en voie de disparition.

Nous croyons qu'il s'agit là d'une poussée anormale, par son siège et ses caractères objectifs, d'eczéma séborrhéique.

Sporotrichose cutanée hypodermique, dermique et épidermique.

Par MM. GAUCHER et MONIER-VINARD.

Nous présentons à la Société un malade atteint de Sporotrichose cutanée, chez lequel se trouvent réunis les divers aspects cliniques de cette affection, déjà signalés dans les observations des précédents auteurs (De Beurmann et Ramond, De Beurmann et Gougerot, Danlos, Gougerot et Deroye, Lesné et Monier-Vinard), mais chez lequel aussi on trouve une lésion tégumentaire non encore décrite et qui constitue la *forme épidermique* de la maladie.

OBSERVATION CLINIQUE RÉSUMÉE. — R..., Étienne, 25 ans, garçon de restaurant.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant, mère morte bacillaire, une sœur morte à 51 ans, de tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels. — Depuis l'âge de 21 ans, R... a une bronchite pour laquelle il fut réformé du service militaire. En 1905, il a eu une orchite subaiguë survenue sans blennorrhagie, qui, au bout d'un mois, a suppuré et s'est fistulisée.

Depuis le début de 1906, il présente les multiples manifestations cutanées qui le déterminèrent à entrer à l'hôpital Saint-Louis au mois de décembre dernier.

Etat actuel du malade. — Sur les membres inférieurs, on trouve de très nombreuses gommès, les unes encore à l'état de crudité, les autres ouvertes et fistulisées, certaines enfin cicatrisées. A point de départ dans l'hypoderme, développées insidieusement et sans douleur, ces gommès ne s'accompagnent pas d'adénopathies et répondent à ce que MM. de Beurmann et Gougerot ont décrit sous le nom de « forme gommeuse disséminée ».

Aux membres supérieurs, on rencontre des éléments disséminés semblables aux précédents; en outre, certains forment aux deux plis du coude un cordon noueux et ulcéré (forme lymphangitique). Aux poignets, sur leur face dorsale, et à la racine de l'index et de l'annulaire droits, de vastes ulcérations irrégulières, à bords violacés, sont recouvertes de croûtes épaisses, dures; en sorte que l'aspect de la lésion est exactement celui de la tuberculose cutanée ulcéro-verruqueuse. Au pourtour de ces éléments ulcéreux, on voit des plaques de l'étendue de la paume de la main, qui s'étendent largement sur les deux faces antérieures et postérieures de la partie inférieure des avant-bras. Leur centre est pâle, de couleur légèrement nacré, leur pourtour est irrégulièrement circulaire, indiqué par une zone inflammatoire rouge pâle, dans laquelle on remarque de très petites vésicules peu soulevées, non ombiliquées, en même temps qu'une fine desquamation marquée, à leur voisinage, les limites de la plaque. Cette lésion uniquement épidermique, comme l'a confirmé une biopsie, a un aspect « trichophytoïde ».

A la face, plus de vingt éléments sont dispersés sur le front, les joues, les lèvres, les oreilles. De couleur rouge sucre d'orge, saillants, mous, indolents, se ramollissant très lentement par leur centre, sur lequel alors se forme une croûte mince, ils rappellent très exactement les « sarcoides dermiques de Bœck »; il y a absence complète d'adénopathies cervicale, axillaire et inguinale. Ce malade a été considéré, pendant deux ans, par divers dermatologistes et par nous-mêmes au début, comme atteint de gommès multiples de tuberculose cutanée. Cette opinion paraissait justifiée par l'aspect clinique des lésions, leur structure histologique qui est celle du tissu tuberculeux, les antécédents tuberculeux et héréditaires du sujet et, enfin, son orchite suppurée et ses lésions bilatérales des sommets pulmonaires.

L'ensemencement du pus des gommès, du liquide des vésicules, de la portion ramollie des lésions du visage, a donné, sur les milieux de Sabouraud, des cultures pures du « *Sporotrichum Beurmanni* ». Il apparaît donc que les déterminations cutanées de ce parasite peuvent avoir très exactement la physionomie clinique des lésions dues au bacille de Koch. A propos de ce malade, se pose la question très importante de savoir si la sporotrichose peut devenir viscérale; ce point est encore à l'étude et pour le moment nous nous gardons de l'aborder. Disons seulement que plus de trente frottis des crachats ne nous ont pas permis de découvrir une seule fois le bacille tuberculeux.

**Note sur les rapports entre les mycoses pulmonaires et cutanées,
à propos d'un cas de sporotrichose.**

Par M. GASTOU.

Dans la dernière séance, à propos du malade de MM. Danlos et

Gaucher, j'avais insisté sur l'existence chez ce malade d'une affection pulmonaire qui, à l'auscultation, faisait penser à la tuberculose pleuro-pulmonaire. Ce diagnostic était d'autant plus fondé que le malade avait été obligé de quitter l'hôpital, un de ses enfants étant mort de méningite.

J'ai attiré l'attention sur ce fait que ni les cultures, ni l'examen des crachats, ni la radiographie n'avaient démontré l'existence de la tuberculose.

S'agit-il donc, chez ce malade, de sporotrichose pulmonaire et d'une affection mycélienne analogue à l'aspergillose?

Ce n'est là qu'une hypothèse pouvant être d'autant plus vraisemblable que l'étude des mycoses viscérales et en particulier des mycoses pulmonaires est loin d'être faite.

Or, ces mycoses existent, ou tout au moins on trouve fréquemment, dans les crachats, des champignons de genre et d'espèces variées, chez des malades atteints d'affections cutanées de diagnostic indéterminé ou de lésions qualifiées tuberculides et ayant en même temps des signes faisant penser à la tuberculose pulmonaire.

Ces champignons cultivent sur milieu gélose et maltose à la température du laboratoire.

Ayant entrepris, en 1903, des cultures de crachats chez des malades suspects de tuberculose pulmonaire, j'ai été surpris au début de voir pousser sur les milieux gélosés-maltosés à la température du laboratoire des végétations mycosiques d'aspects et de formes différents, correspondant chacune à un aspect microscopique spécial.

Au début j'ai cru à une erreur de technique ou à une contamination accidentelle des milieux de culture.

J'ai repris lesensemencements en me plaçant dans les meilleures conditions possibles afin d'éviter toute erreur, en faisant laver au préalable la bouche et en ensemençant le crachat dès qu'il était expectoré.

Dans ces conditions, certaines cultures donnaient un résultat, d'autres restaient stériles. C'étaient donc bien les parasites contenus dans les crachats qui cultivaient.

Ayant ainsi étudié une dizaine de malades à cultures positives, je trouvai chez quatre d'entre eux toujours le même parasite mycélien à forme de levure sporulée ou de moisissure filamenteuse; les cultures restaient pures et chez ces malades je ne trouvai pas le bacille de Koch.

Dans les six autres cas, je trouvai l'association des champignons mycéliens et du bacille.

Que sont devenus ces malades? Là est l'intérêt de la question que je soulève ici.

Intérêt de diagnostic et de pronostic.

Au point de vue du diagnostic, je ne puis dire qu'il y ait eu une

relation déterminée entre leur affection pulmonaire et leurs lésions cutanées : j'ai négligé de faire pour les éléments éruptifs ce que j'ai fait pour les crachats.

Ce qu'il y a de certain, c'est que quatre de ces malades n'étaient pas tuberculeux vrais, puisqu'ils n'avaient pas de bacilles de Koch malgré des examens répétés.

Les six autres malades étaient tuberculeux.

Que sont devenus ces malades ? cela est important à savoir au point de vue de l'évolution et du pronostic des lésions pulmonaires.

Or, depuis 1903, j'ai suivi tous ces malades sauf un. Les quatre malades qui avaient des champignons dans leurs crachats sont actuellement en parfaite santé.

Trois des malades ayant l'association des champignons et des bacilles vivent et leurs lésions n'ont pas évolué notablement. J'ai perdu de vue les trois derniers. Je ferai remarquer, à propos de ces dix malades, qu'un fait tout à fait particulier est la fétidité plus ou moins forte de leur haleine.

Que conclure de ce qui précède ? ces quelques considérations :

1° Dans toute recherche bactériologique, il est indispensable d'associer à la culture sur milieu habituel mis à l'étuve, la culture sur milieux spéciaux à la température du laboratoire.

2° La coïncidence d'affections broncho ou pleuro-pulmonaires avec une affection cutanée doit éveiller l'attention sur la possibilité de la même nature de ces deux affections, l'une étant la conséquence de l'autre, ou toutes deux étant de même origine.

3° L'existence souvent ignorée de mycoses pulmonaires prises pour de la tuberculose pulmonaire, traitées et guéries comme telles.

4° L'association fréquente de mycoses broncho-pulmonaires et de la tuberculose.

Le champignon mycélien, ou la levure, prépare le terrain pour le bacille de Koch ou s'associe à lui, quelquefois pour activer mais souvent au contraire paraissant retarder l'évolution des lésions tuberculeuses.

5° Enfin, il faut se demander, pour la peau comme pour le poumon, si le parasite mycélien est pathogène, associé ou purement accidentel, hôte persistant ou passager des lésions produites par toute autre cause, ou les provoquant lui-même.

Telle est la question qui se pose en particulier pour la sporotrichose cutanée, à savoir si à lui seul le sporotrichum produit la lésion cutanée, si le bacille vient ensuite, ou bien simplement si, le bacille créant la lésion, le sporotrichum, dans un envahissement secondaire contrariant le développement du bacille, modifie l'aspect des lésions et change l'évolution de la maladie.

Complément à notre quatrième observation de sporotrichose sous-cutanée.

Par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.

L'évolution clinique, les cultures que nous avons refaites, confirment pleinement la note que nous avons jointe à la présentation de la malade G..., présentée à la Société en mars dernier.

La malade souffrait d'une tumeur du sein adhérente à la peau, très dure, que, tous, nous nous accordâmes à diagnostiquer : squirre du sein ; mais en même temps, la palpation profonde révélait trois grosses nodosités que nous soupçonnions être des gommes sporotrichosiques. Le sein de cette malade a été enlevé par M. Beurnier. Voici la pièce : d'un côté, vous voyez la masse dure cancéreuse ; de l'autre, la moitié d'une gomme ouverte. Les cultures, les examens histologiques ont vérifié ce double diagnostic : cancer et gommes sporotrichosiques. A ce propos, nous insistons sur ce fait que les cultures sont identiques à celles qui proviennent des lésions du bras de la même malade. Il vous est facile de vous en convaincre en comparant les tubes que nous vous présentons.

Un sixième cas de sporotrichose ; sporotrichose hypodermique et dermique.

Par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.

Ce fait est le 6^e cas certain de sporotrichose sous-cutanée : les 4 premiers ont été observés par nous ; le 1^{er} avec M. Ramond en 1903, les trois autres en 1906 et 1907 ; le 5^e est dû à MM. Lesné et Monier-Vinard (1). Ce malade nous a été envoyé par M. Alex. Renault qui, connaissant nos travaux, voulut bien nous l'adresser. Les lésions sont hypodermiques et dermiques, elles débutent par une gomme sous-cutanée qui ulcère la peau et revêt alors le type de l'ecthyma syphilitique. Le diagnostic était difficile ; les formes parasitaires sur frottis ne donnaient, comme toujours, que des présomptions ; la culture, faite le 27 mars sur 7 tubes, 3 avec une lésion non encore ulcérée, 4 avec le sang mêlé de séro-pus du bourrelet d'une lésion ulcérée ecthymatiforme, ont donné des cultures pures de *sporotrichum Beurmanni* ; elles affirment donc le diagnostic.

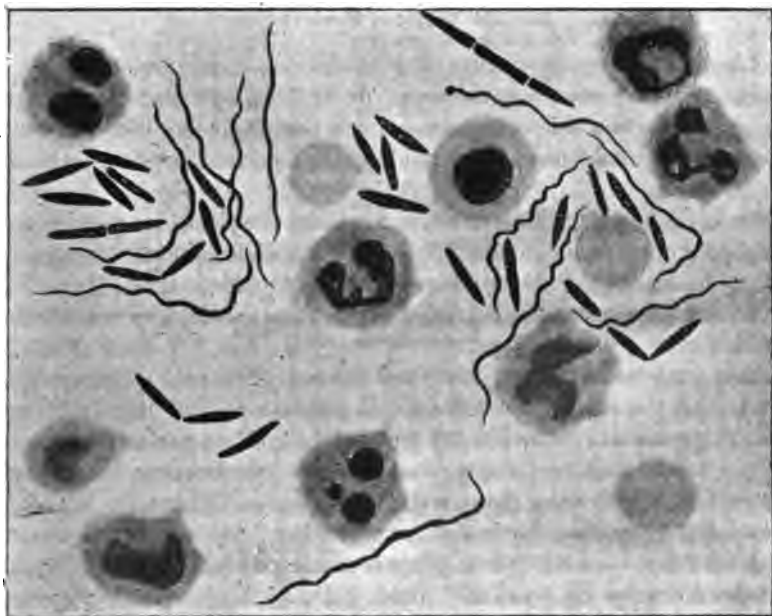
Voici les tubes de cultures ; l'identité est absolue avec les cultures que nous déjà avons eu l'occasion de montrer à la Société.

(1) A cette même séance, MM. GAUCHER et MONIER-VINARD ont présenté un cas nouveau de sporotrichose (*Voir plus haut*).

Note sur la pathogénie de l'ulcère phagédénique des pays chauds.

Par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.

Dans un récent voyage à Java, l'un de nous a visité le laboratoire du professeur Neisser, où il a reçu l'accueil le plus cordial de la part de ses assistants, MM. Haberstädter, Siébert et von Prozeck. Ce dernier a bien voulu nous mettre au courant de ses recherches sur les maladies spirillaires. Il nous a indiqué que l'ulcère phagédénique des pays chauds (*ulcus tropicus*) était dû à un spirille facile à distinguer du spirille de la syphilis par sa grosseur et sa longueur, ses spires plus allongées, plus écartées et moins nombreuses. En examinant les préparations qu'il a bien voulu nous remettre, nous avons à côté des spirilles constaté le bacille fusiforme de Vincent. L'association fuso-spirillaire était si typique



FROTTIS D'ULCÈRE PHAGÉDÉNIQUE DES PAYS CHAUDS.

Préparation de von Prozeck (Batavia). Coloration de Löffler :

Objectif immersion 1/16, oculaire 9.

Association fuso-spirillaire de Vincent : 1° Spirilles gros, longs, à spirés longues et peu nombreuses ; 2° Bacilles fusiformes, courts et trapus, granuleux, éléments cellulaires nombreux et avariés. En bas et à gauche, spirille à extrémité globuleuse (forme initiale ou sporulée ?) ; au-dessous forme de division du bacille fusiforme.

qu'un observateur non prévenu de l'origine du frottis aurait pu penser qu'elle provenait d'une angine ulcéro-membraneuse de Vincent. On sait que Vincent identifie l'ulcère phagédénique tropical diphtéroïde

à la pourriture d'hôpital, et qu'il y a trouvé les mêmes germes. D'autre part, des recherches récentes de Smith et Peill à Sierra-Leone, de Patton à Aden, ne citent que le spirille et comparent même ce spirille au *spirochæta Obermeieri* de la fièvre récurrente. Sont-ce des faits différents ? ou les auteurs, qui n'ont vu que les spirilles, ont-ils négligé le bacille fusiforme ?

Quoi qu'il en soit, la présence de ces spirilles ne saurait être une cause de confusion entre ces affections exotiques et la syphilis, puisque, isolés ou associés au bacille fusiforme, leurs caractères propres permettent de les distinguer.

Action des eaux de la Bourboule sur l'élimination de quelques éléments urinaires dans les dermatoses dites diathésiques.

Par MM. GASTOU et FERREYROLLES.

L'action de certaines eaux dites thermales, à minéralisation complexe et, en particulier, des eaux de la Bourboule dans les dermatoses, quels que soient les mécanismes par lesquels elles agissent, tient vraisemblablement à des modifications portant sur l'ensemble de la nutrition.

Or certaines dermatoses, en particulier l'eczéma, le psoriasis et quelques formes de lichénification, sont manifestement en rapport avec un ensemble de troubles organiques, concomitants ou alternant aux manifestations cutanées, que pour cette raison on a qualifiées de dermatoses diathésiques.

De toutes les diathèses, c'est l'arthritisme qui semble provoquer de préférence l'apparition de l'eczéma, du psoriasis et peut-être du lichen, par l'intermédiaire d'un trouble nutritif du système nerveux.

Quelle que soit l'origine de l'arthritisme, que la cause initiale soit dans l'infection, dans l'intoxication par excès alimentaire ou dans l'hérédité cellulaire, lorsqu'on analyse les troubles organiques de l'arthritisme, on voit que la plupart correspondent à une véritable déséquilibration du système glandulaire, à une incapacité fonctionnelle ou organique des cellules du foie, des glandes, du tractus digestif, des bronches ou de la peau, incapacité fonctionnelle dont la conséquence est la production en excès d'acide urique, de produits insuffisamment transformés qui, au lieu de s'éliminer par les voies normales habituelles, restent dans les tissus articulaires ou osseux, dans les viscères ou sont rejetés par les glandes intestinales, pulmonaires ou cutanées, donnant naissance aux manifestations arthritiques (1).

(1) Le terrain dermatologique. Dermatoses systématisées. Les dermatoses diathésiques, arthritisme et lymphatisme, scrofule et strume, herpétisme. *Revue des maladies de la nutrition*, 1903, t. I, n° 2, p. 63.

De tous les organes, le foie et les reins sont ceux qui subissent les premiers et au maximum l'effet de la déséquilibration glandulaire, qui ne tarde pas à manifester son action sur l'intestin, les poumons et la peau.

C'est l'étude de l'élimination urinaire qui démontre le trouble de la nutrition ; « quoique l'analyse des urines, telle du moins qu'elle est pratiquée actuellement, ne puisse être considérée comme le criterium absolu des échanges organiques, et par conséquent de la nutrition, elle en est cependant un élément d'étude important (1).

Nous avons donc essayé de démontrer, séparément et en collaboration, à plusieurs reprises, que d'une part pour étudier l'origine et l'évolution des dermatoses, que d'autre part pour étudier l'action des différents agents médicamenteux et en particulier des eaux thermales dans ces dermatoses, il fallait se servir du criterium de l'analyse des urines.

C'est précisément ce qu'a fait l'un de nous, à propos de l'action des eaux de la Bourboule dans les dermatoses, s'efforçant « de montrer, par une série de faits cliniques et expérimentaux, que, par ingestion, les eaux de la Bourboule remédiaient au mauvais fonctionnement du foie qui se traduit par l'augmentation de l'acidité des urines, qu'elles élevaient le coefficient azoturique et facilitaient l'élimination de l'urée, en même temps que l'on observait une diminution dans l'élimination des chlorures et une légère action sur l'élimination des phosphates, avec prédominance des phosphates terreux » (2).

Par la suite, dans un nouveau travail, « ayant observé, après l'ingestion de 400 grammes d'eau de la Bourboule au cours d'un eczéma aigu prurigineux, une crise urinaire analogue à la crise urinaire des maladies infectieuses », nous disons : « pourquoi ne pas admettre que sous l'influence des éléments constitutifs de l'eau de la Bourboule, le rein, qui ne fonctionnait pas, soit sous l'influence d'une accumulation de sels au niveau du filtre rénal, soit, hypothèse beaucoup plus plausible, puisque nous admettons une diathèse, par suite d'une inhibition résultant d'une intoxication générale ; pourquoi ne pas admettre que l'ordre ait été rétabli sous l'influence de l'ingestion d'eau de la Bourboule ? » (3).

C'est à l'appui de cette opinion que nous apportons aujourd'hui de nouveaux faits résultant de l'étude urinaire dans 10 cas de derma-

(1) P. GASTOU. Formule urinaire des dermatoses. *Bulletin de la Société de Dermatologie et Syphiligraphie, et Annales*, 1901, p. 136.

(2) P. FERNETROLLES. Les eaux de la Bourboule et leur action dans les dermatoses. *Thèse inaugurale*. Michalon, Paris, 1904.

(3) GASTOU et FERNETROLLES. Les modifications de l'élimination urinaire sous l'influence des eaux de la Bourboule. *Bulletin de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie*, n° 7, juillet 1905, p. 65. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*.

toes traités à la Bourboule et se répartissant ainsi : 1 eczéma aigu, 4 eczémas chroniques (dont 2 d'allure séborrhéique), 4 psoriasis, 1 lichen.

Nous ne donnerons pas dans ces cas d'observation clinique et nous n'étudierons que quelques-uns des éléments de l'élimination urinaire, allant ainsi volontairement au-devant de l'objection qui nous sera faite soit de l'influence des causes surajoutées, soit de l'insuffisance de nos analyses.

Nous n'avons pour but que de montrer la différence d'élimination de quelques éléments, en dehors de toutes causes cliniques ou thérapeutiques autres que l'absorption d'eau de la Bourboule variant de 200 à 600 grammes.

L'analyse des urines a été faite avant la cure et à la fin de celle-ci :

CAS 1. — Eczéma aigu.

	Arrivée.		Départ.	
	Par litre.	Par 24 heures.	Par litre.	Par 24 heures.
Volume	»	600	»	+1200
Acidité	4,20	2,50	-2,333	+ 2,80
Urée	+24,00	-14,50	-14,20	+17,04
Acide urique....	+ 0,88	- 0,54	- 0,33	- 0,40
Chlorures	- 6,30	- 3,60	- 3,50	+ 4,20
Phosphates	+ 2,40	- 1,45	- 0,83	+ 1,76

CAS 2. — Eczéma séborrhéique.

	Arrivée.		Départ.	
	Par litre.	Par 24 heures.	Par litre.	Par 24 heures.
Volume	»	-700	»	+1230
Acidité	3,47	2,43	- 2,8	+ 3,444
Urée	+24,2	-16,94	-14,3	+17,58
Acide urique ...	= 0,46	- 0,222	- 0,33	+ 0,41
Chlorures	- 6,00	- 4,2	- 3,8	+ 4,67
Phosphates	+ 3,08	- 2,15	- 1,32	- 1,62

CAS 3. — Eczéma chronique généralisé.

	Arrivée.		Départ.	
	Par litre.	Par 24 heures.	Par litre.	Par 24 heures.
Volume	»	-260	»	+1500
Acidité	60,0	15,6	-14,0	+21,0
Urée	+20,80	- 5,40	-16,6	+16,0
Acide urique....	+ 1,167	- 0,306	- 0,36	+ 0,4
Chlorures	= 8,0	- 2,08	- 3,66	+ 5,8
Phosphates	+ 3,0	- 0,78	- 0,666	+ 1,0

CAS 4. — Eczéma chronique.

	Arrivée.		Départ.	
	Par litre.	Par 24 heures.	Par litre.	Par 24 heures.
Volume	»	-1000	»	+1400
Acidité	0,48	0,48	-26,4	- 0,35

Urée	+24,0	—24,0	+20,71	+20,0
Acide urique....	+ 0,96	+ 0,96	— 0,46	— 0,65
Chlorures.....	— 7,1	— 7,1	— 4,92	— 6,9
Phosphates.....	+ 2,70	— 2,7	— 1,7	— 2,4

CAS 5. — *Psoriasis*.

	Arrivée.		Départ.	
	Par litre.	Par 24 heures.	Par litre.	Par 24 heures.
Volume	"	—900	"	+1400
Acidité	4,4	4,7	—30,0	+42,0
Urée	+28,5	—26,0	—23,0	—34,0
Acide urique....	+ 0,88	+ 0,77	—70,0	— 0,90
Chlorures.....	— 5,2	— 4,7	+ 5,3	+ 7,5
Phosphates.....	— 2,05	— 1,75	— 1,9	+ 2,6

CAS 6. — *Psoriasis*.

	Arrivée.		Départ.	
	Par litre.	Par 24 heures.	Par litre.	Par 24 heures.
Volume	"	—1250	"	+1500
Acidité	0,408	0,51	— 0,10	— 0,15
Urée	—17,6	—22,0	—17,68	+26,5
Acide urique....	+ 0,73	+ 0,99	— 0,18	— 0,28
Chlorures.....	— 5,89	— 7,2	— 5,82	+ 8,4
Phosphates.....	— 1,24	— 1,7	— 0,86	+ 1,3

CAS 7. — *Psoriasis*.

	Arrivée.		Départ.	
	Par litre.	Par 24 heures.	Par litre.	Par 24 heures.
Volume	"	—580	"	+1584
Acidité	3,55	2,05	— 1,32	+ 2,4
Urée	+26,80	+15,54	—13,0	+23,68
Acide urique....	+ 0,76	— 0,44	— 0,38	+ 0,59
Chlorures.....	— 7,34	— 4,23	— 4,74	+ 8,43
Phosphates.....	+ 3,5	— 2,105	— 1,46	+ 2,59

CAS 8. — *Psoriasis*.

	Arrivée.		Départ.	
	Par litre.	Par 24 heures.	Par litre.	Par 24 heures.
Volume	"	850	"	+1500
Acidité	0,78	0,63	— 0,28	— 0,44
Urée	+30,26	—25,43	—10,46	+39,8
Acide urique....	+ 1,60	+ 0,996	— 0,498	+ 0,724
Chlorures.....	— 6,30	— 5,35	— 5,50	+ 8,25
Phosphates.....	+ 2,85	— 2,42	— 2,0	+ 3,0

CAS 9. — *Lichen*.

	Arrivée.		Départ.	
	Par litre.	Par 24 heures.	Par litre.	Par 24 heures.
Volume	"	—1450	"	+1450
Acidité	40,0	0,46	—22,0	— 0,388

Urée	+22,5	+25,0	+21,3	+31,0
Acide urique....	+ 0,968	+ 1,12	+ 0,42	— 0,61
Chlorures	— 5,4	— 6,3	— 3,8	— 5,5
Phosphates.....	— 1,75	— 2,1	— 0,87	— 1,24

L'étude de l'élimination a été rapportée au litre et aux 24 heures. Si nous admettons comme chiffres normaux approximatifs les suivants :

	Au litre.	En 24 heures.
Volume.....	"	1400,00
Acidité.....	4,00	5,00
Urée.....	18,00	26,00
Acide urique.....	0,46	0,65
Chlorures.....	8,00	11,00
Phosphates.....	2,14	3,00

nous voyons par rapport à la normale quel est l'état de l'élimination urinaire au litre et en 24 heures, avant et après la cure de la Bourboule.

Avant la cure de la Bourboule, on constate :

1° Élimination au litre : augmentation de l'acidité, de l'urée, de l'acide urique, des phosphates ; diminution des chlorures.

2° Élimination en 24 heures : Faible volume des urines en 24 heures. Diminution presque générale de tous les éléments sauf de l'acide urique. Il y a là, déjà, une constatation intéressante, puisqu'il ne peut s'agir de dilution des éléments et que, au contraire, une urine concentrée est généralement plus riche.

Il y a donc bien production en excès, mais surtout vices d'élimination rénale.

Après la cure de la Bourboule. — 1° Élimination au litre : tous les éléments sont diminués et se rapprochent sensiblement de la normale.

2° Élimination en 24 heures : l'acidité et l'acide urique diminuent, l'urée et tous les éléments en général augmentent ou tendent à reprendre leur taux normal.

Comme on le voit d'une façon très nette, l'eau de la Bourboule a agi ici comme régulateur de la nutrition viciée.

Les fonctions reprenant leur état normal, les glandes de la peau et le tégument entier font de même et la dermatose guérit.

Quel est le mécanisme qui entraîne la modification favorable et la régulation de la nutrition ? Les actions doivent être multiples à cause de la constitution complexe des eaux de la Bourboule.

La quantité d'eau ingérée peut agir en élevant la tension vasculaire, en augmentant la diurèse. Mais nous croyons que c'est surtout l'arsenic, les chlorures et les alcalins qui agissent ici. L'arsenic agit localement en s'éliminant par la peau, mais il agit surtout en dimi-

nuant les oxydations : les chlorures en aidant à l'élimination des toxines, les alcalins en neutralisant l'acidité du milieu sanguin et en aidant les oxydations organiques.

Il est vraisemblable même qu'il faut ajouter une action régulatrice des eaux de la Bourboule, soit par l'arsenic, véritable quinquina des cellules nerveuses et épidermiques, dérivées toutes deux de l'ectoderme ; soit par les nouvelles influences ionisantes ou radio-actives dont l'étude commence à peine à être ébauchée.

Les eaux de la Bourboule en injections sous-cutanées (comparaison avec les sérums artificiels, l'eau de mer et les eaux radio-actives).

Par MM. GASTOU et FERREYROLLES.

La thérapeutique thermale, depuis les récentes études faites sur les propriétés électriques ionisantes et radio-actives des eaux minérales, tend à suivre des voies nouvelles dont une des plus intéressantes a été celle de l'injection des eaux thermales faite dans les mêmes conditions que les sérums thérapeutiques (1).

Il nous a paru utile de rechercher quels étaient les effets des injections de l'eau de la Bourboule, de comparer ces injections à celles des sérums artificiels et marin et de rapprocher l'action des eaux de la Bourboule des faits de radio-activité constatés par Curie et Laborde et depuis par d'autres dans un grand nombre d'eaux minérales.

Dès les premières études faites sur les eaux de la Bourboule, les auteurs les ont considérées comme une véritable lymphe minérale, comme un plasma sanguin. L'examen des éléments contenus dans cette eau permettait cette hypothèse, que n'ont fait que confirmer les résultats cliniques obtenus chez les malades traités à la Bourboule.

Si nous examinons en effet les analyses données du sérum sanguin, nous voyons que toutes sont comparables à peu de chose près ; nous pouvons donner, par exemple, celles de Weber d'une part pour le sérum du sang de cheval et celle de Hensen et Damhart d'autre part pour la lymphe de l'homme. Nous avons pour 100 parties de cendres :

	Sérum de cheval.	Sérum humain.
Chlorure de sodium.....	72,88	74,484
Soude.....	12,93	10,355

(1) Cet article était à l'impression lorsque nous avons eu connaissance des deux monographies ci-dessous se rapportant aux questions de l'ionisation et de la radio-activité :

MAURICE BINET (de Saint-Honoré-les-Bains). *Les eaux minérales envisagées comme ferments métalliques.*

A. PIATOT (de Bourbon-Lancy). *Quelques considérations sur les propriétés radio-actives des eaux minérales.* mars 1905.

Potasse.....	2,85	8,286
Chaux.....	2,28	0,079
Magnésie.....	0,27	0,263
Acide carbonique.....	1,10	3,206
— sulfurique.....	2,10	1,276
— phosphorique.....	1,75	1,001
Silice.....	0,00	0,057
Oxyde de fer.....		

Si, à côté du sérum sanguin, nous étudions la composition des sérums artificiels, nous en trouverons des formules variées dont la composition plus ou moins complexe tend à se rapprocher du sérum sanguin.

Le plus simple est le sérum physiologique :

Chlorure de sodium.....	7gr,50
Eau distillée stérilisée.....	1 litre.

Les sérums de Hayem et de Luton introduisent des éléments minéraux plus complexes.

Sérum de Hayem :

Chlorure de sodium pur.....	5 grammes.
Sulfate de soude cristallisé pur.....	10 —
Eau distillée et stérilisée.....	1000 —

Sérum de Luton :

Sulfate de soude.....	10 grammes.
Phosphate de soude.....	5 —
Eau distillée et stérilisée.....	1000 —

Enfin, le sérum de Trueneck est celui qui tend à se rapprocher le plus du sérum sanguin :

Sulfate de soude.....	0gr,11
Chlorure de sodium.....	0gr,92
Phosphate de soude.....	0gr,15
Carbonate de soude.....	0gr,21
Sulfate de potasse.....	0gr,40
Eau distillée et stérilisée.....	100 c. c.

Il représente en solution 10 fois plus concentrée un mélange de tous les sels alcalins, dans leurs proportions respectives, du sérum sanguin (Lyon et Loiseau, *Formulaire*).

Si du grand nombre d'analyses faites de l'eau de mer, toutes concordantes également, nous prenons les analyses suivantes calculées pour 100 parties de sels (Makin, 1898; et *Grande Encyclopédie, article Mer*), nous avons :

Chlorure de sodium.....	77,758	78,32	76,915
— de magnésium.....	40,878	8,40	11,407

Sulfate de magnésium.....	4,323	3,94	4,483
— de calcium.....	4,070	»	4,226
— de potassium.....	2,465	1,69	2,468
Chlorure de potassium.....	»	»	»
Carbonate de magnésium.....	0,290	»	0,298
Fer.....	0,217	0,21	0,206

Si nous tenons compte que les différents auteurs se sont contentés de doser et de rechercher les éléments les plus abondants et les plus aisés, nous pouvons enfin trouver dans ces différentes analyses les mêmes éléments, l'analogie est frappante. Les radicaux formant les sels dont la dissolution constitue l'eau de la Bourboule sont répartis en groupe constituant l'eau de mer et le sérum sanguin, chlore, sodium, potassium, calcium, magnésium, soufre, fer.

Mettons maintenant en parallèle l'analyse fournie pour les eaux de la Bourboule :

Arséniate de soude.....	0,02847
CO ²	0,0518
Chlorure de sodium.....	2,8406
— de potassium.....	0,1623
— de lithium.....	indices.
— de magnésium.....	0,0320
Bicarbonate de soude.....	0,8920
— de chaux.....	0,1905
Sulfate de soude.....	0,2084
Peroxyde de fer.....	0,0021
Oxyde de manganèse.....	indices.
Acide salicylique.....	0,1200
Silicate de soude.....	—
Borate de soude.....	—
Alumine.....	indices.
Matières organiques.....	—
Chlorures de césium et de rubidium.....	—

Comme nous le voyons, il existe un grand nombre d'éléments communs au sérum sanguin, aux sérums artificiels, à l'eau de mer et à l'eau de la Bourboule.

Notons en plus qu'il y a peu ou pas de phosphore dans l'eau de la Bourboule, où il est remplacé par 0,028 milligrammes d'arséniate de soude. Le rôle vital de l'arsenic est bien connu après les expériences d'A. Gautier et de Bertrand qui conclut de ses travaux que dans le corps humain l'arsenic n'est pas localisé dans certains organes, mais est un des principes de tous les tissus, élément fondamental du plasma au même titre que le phosphore qu'il aide et peut même suppléer. Les expériences de Stoklasa (1897) sur la culture des végétaux dans des solutions d'acide phosphorique et d'acide arsénique le prouvent surabondamment.

Rien d'étonnant donc à ce que nous admettions l'hypothèse que l'eau de la Bourboule injectée à un animal se conduise comme un sérum artificiel ou comme l'eau de mer. On peut donc injecter de l'eau de la Bourboule sans produire aucun désordre dans l'économie, on peut remplacer le sang d'un organisme par de l'eau de la Bourboule sans inconvénient.

C'est ce que nous avons essayé de faire, et dans ce but l'un de nous a pratiqué 3 séries parallèles d'expériences. Elles ont été : d'abord expérimentales sur les animaux, puis cliniques sur des malades atteints de troubles de nutrition variés.

L'eau de la Bourboule qui a servi dans les deux premières séries de nos expériences est de l'eau transportée et qui n'a pas été recueillie spécialement; c'est l'eau que l'on trouve dans le commerce. Nous l'avons injectée à une température moyenne de 25° sans lui faire subir aucune manipulation.

1^{re} série : Injection intra-organique d'eau de la Bourboule.

I. — Un lapin de 3 kil. 200 reçoit directement dans le sang, par la veine auriculaire, 160 grammes d'eau Choussy-Perrière; l'animal ne présente aucune gêne, aucun phénomène d'intoxication, après plusieurs jours d'observation.

II. — Un lapin de 3 kilogrammes est soumis à une injection intraveineuse d'eau de la Bourboule. Après avoir reçu 300 grammes d'eau, il présente de la dyspnée; à 380 cent. cubes, l'animal continue à uriner. On continue l'injection jusqu'à 600 cent. cubes; l'animal est abattu, continue à uriner fréquemment pendant quelques heures; au bout de quatre heures, il a repris son aspect habituel (4).

III. — Un lapin de 3 kilogrammes est saigné par la carotide, et, au moment où nous avons retiré 50 grammes de sang, l'animal est pris d'une dyspnée intense, de quelques secousses convulsives; nous arrêtons l'hémorragie et injectons par la carotide 100 grammes d'eau Choussy-Perrière; aussitôt la ligature faite et l'animal détaché, il reprend son aspect normal.

IV. — Chez un deuxième lapin, nous retirons 60 grammes de sang; les phénomènes de dyspnée et les secousses convulsives sont telles que nous suspendons rapidement l'hémorragie et injectons 100 grammes d'eau de la Bourboule par la carotide; comme dans l'expérience précédente, aucun trouble, et dix jours après les animaux sont en parfait état.

V. — Un cobaye de 610 grammes reçoit 142 grammes d'eau de la Bourboule par voie intrapéritonéale, aucun signe d'intoxication.

VI. — Un cobaye de 354 grammes reçoit de la même façon 100 grammes d'eau de la Bourboule, il urine et quelques heures après ne semble nullement incommodé.

VII. — Un cobaye de 240 grammes reçoit 100 grammes d'eau de la Bourboule, toujours par voie intrapéritonéale: dyspnée intense, tremblements,

(4) FERREYNOLLES et BILLARD. Recherches expérimentales sur la tolérance des eaux de la Bourboule. *Société d'hydrologie médicale de Paris*, décembre 1905.

l'animal semble devoir succomber, il urine fréquemment et le lendemain tout est rentré dans l'ordre.

2^e série : VIII. — Un chien des rues, de 12 kilogrammes, est saigné par l'artère fémorale, sans précaution spéciale d'asepsie. Nous retirons 500 grammes de sang; à ce moment dyspnée inquiétante, contracture des membres, affaissement des vaisseaux; par la canule nous injectons aussitôt 500 grammes d'eau de la Bourboule. A la fin de l'injection, le nombre des globules rouges est passé de 6700000 à 3200000. L'animal, qui avait été anesthésié par une solution d'atropine et de morphine, est descendu dans la cage le lendemain; il avait mangé de fort bon appétit les aliments qui lui avaient été laissés; gai, il paraissait absolument normal. Dès lors, tous les jours son état se transforme pour devenir très brillant; il mange beaucoup plus, vif, alerte, augmente rapidement de poids, son poil devient luisant en même temps que le 6^e jour le nombre de ses globules rouges était passé à 7100000, en augmentation sur le chiffre initial, avec une pression normale de 14 centimètres de mercure. Quinze jours après, considéré comme normal, il servait à d'autres expériences.

IX. — Expérience sur un chien, avec les mêmes résultats.

X. — Nous injectons à un lapin 100 grammes d'eau de la Bourboule par la veine marginale de l'oreille et le mettons dans la cage d'un calorimètre différentiel de d'Arsonval, comparativement avec un lapin normal. Très légère élévation de température chez l'animal injecté, et un quart d'heure après l'équilibre est rétabli pour se maintenir définitivement.

Si nous comparons maintenant ces résultats, d'une part à ceux obtenus par M. Quinton avec l'eau de mer ramenée à l'isotonie, d'autre part à ceux bien connus des différents sérums dits artificiels, nous voyons que ces résultats sont tout aussi satisfaisants, le point de comparaison de l'état postérieur des animaux étant très difficile à apprécier quand les expériences ne sont pas faites en même temps, et sur des animaux exactement comparables.

Une différence toutefois dans la réaction qui suit l'injection d'eau de mer (pratiquée à une température inférieure à celle de l'animal) : la température s'abaisse et, tout en pouvant subir des oscillations, ne remonte jamais à la température initiale. L'injection chlorurée, au contraire, pratiquée dans les mêmes conditions, ne fait subir à la température de l'animal qu'une chute réduite. Elle tend ensuite à se relever, oscille et, d'une façon générale, remonte au-dessus de la température du début.

Pour l'eau de la Bourboule : peu ou pas de réaction à la suite des injections.

Dès lors nous nous sommes crus autorisés à traiter quelques malades par cette méthode.

L'eau de la Bourboule a été recueillie directement au griffon, dans un ballon stérilisé, et a été ensuite immédiatement injectée dans le tissu sous-cutané de la région fessière, sans avoir subi la moindre manipulation.

Si on la chauffe en effet pour la stériliser, elle perd ses propriétés par les modifications qu'elle subit. De même que nous avons montré que la toxicité de l'eau de la Bourboule est beaucoup plus faible que celle d'une eau fabriquée artificiellement, de même après l'ébullition nous modifions ses propriétés physiques et radio-actives. L'eau de mer se conduit de même façon et M. Quinton a pu, en dissolvant dans un litre d'eau distillée tous les éléments obtenus par un litre d'eau de mer évaporée, faire une eau de mer toxique, et jamais il n'a pu obtenir de mouvements amiboïdes dans un mélange marin stérilisé.

Du reste, l'eau de la Bourboule a une température au griffon de 55° et les nombreuses injections faites dans le tissu sous-cutané ou par les voies intrapéritonéales ou intravasculaires chez les lapins et les cobayes nous permettent de la considérer comme absolument aseptique.

Aucune addition ou aucune évaporation pour la ramener à l'isotonie du sérum sanguin. On se sert couramment et avec succès de sérum artificiel à 7 grammes p. 1000 qui n'est pas isotonique et devrait avoir 9 gr. 1 pour 1000 de sel avec un point cryoscopique de 0,55. L'eau de la Bourboule contient 6 gr. 4997 de sels, son point de congélation est de 0,30°. Les injections pratiquées dans les expériences précédentes ont confirmé les résultats de Canion et Hallion qui ont montré que dès qu'une injection est lente (ce qui se produit toujours par la voie sous-cutanée) et à dose relativement réduite, les désordres mécaniques dus à une inégalité légère entre leur concentration moléculaire et celle de l'organisme sont légers et pratiquement négligeables.

3^e série. — Expérimentation clinique.

1^{er} Cas. — Sujet de santé délicate. Tuberculose pulmonaire, angine, pleurésie.

Poids à l'arrivée, 50^{kg},600. Injections de 50 centimètres cubes, puis de 100 centimètres cubes d'eau de la Bourboule, tous les 2 jours; pas de réaction fébrile, ni de fatigue, amélioration de l'état général et local. Au départ, poids 61^{kg},350.

2^e Cas. — Lymphatisme. Eczéma impétigineux. Adénopathies. Type scrofuleux.

Injections de 50 centimètres cubes d'eau de la Bourboule tous les 3 jours, puis 100 centimètres cubes. Amélioration marquée.

4^e Cas. — Adénopathie bacillaire.

Arrive en juin 1900, est soumise aux injections d'eau de la Bourboule. Au début, 50 centimètres cubes tous les deux jours, dans le tissu sous-cutané de la paroi abdominale; légère douleur due à la distension, aucune réaction désagréable comme dans l'injection d'eau de mer, la malade la supporte très bien et se lève une heure après. Au bout d'une semaine l'appétit, nul, semble renaître, la malade a plus d'entrain. Nous faisons alors 100 grammes tous les deux jours, et la malade, après cette injection, accuse un bien-être immédiat qu'elle n'avait pas ressenti par les premières injections; une heure après environ, elle se lève avec plus de plaisir, marche volontiers et est toute la journée dans un état d'euphorie remarquable, plus de forces et d'entrain;

le lendemain, ces effets immédiats sont diminués, mais très appréciables, l'état général s'améliore, la malade a augmenté de 2^{kg}, 400, l'appétit est excellent, l'atonie intestinale semble avoir cédé, les nuits sont meilleures.

Après un séjour d'un mois, elle repart et déclare qu'il n'y a aucune comparaison à établir entre son état et celui des années précédentes, où elle avait été traitée par l'ingestion des eaux; jamais elle ne s'est sentie aussi bien et aussi rapidement améliorée.

Cette observation est intéressante, justement à cause de la comparaison faite par la malade qui avait été soignée antérieurement à la Bourboule, comparaison qui nous montre bien, dans les affections d'ordre général, le bénéfice de la méthode des injections sous-cutanées et sa supériorité sur les autres méthodes d'administration.

Il est évident que ce mode d'administration a besoin d'être modifié : les doses à injecter, le temps à laisser entre les injections, autant de points à préciser suivant chaque individu et suivant chaque affection.

Les résultats de nos expériences et de la clinique ayant été, comme nous avons essayé de le démontrer, des plus satisfaisants, nous nous sommes demandé s'il n'existait pas, en dehors de l'action de l'eau de la Bourboule en injection, action comparable à celle des sérums artificiels et marin, une action que l'on pourrait rattacher à la radio-activité de l'eau de la Bourboule.

Quoique la recherche des principes radio-actifs n'ait pas encore été faite dans les eaux de la Bourboule, la constatation de la radio-activité des eaux minérales a été établie, dès 1900, par MM. Curie et Laborde (1).

Voici en effet ce que dit M. Laborde : « A la suite de l'ensemble des travaux concordants de MM. Elster et Geitel, Curie, Strait, J.-J. Thomson, Hunstedt, Dewar, Ramsay, Moureaux, Troost et Bouchard... il résulte que l'on peut affirmer la présence de l'émanation du radium dans les gaz qui s'échappent au griffon de certaines sources minérales et la présence de sels de radium dans les dépôts de certaines eaux ».

Et plus loin :

« Rapprochant alors des faits constatés avec certaines eaux minérales (fièvre thermale, action sédative, action thérapeutique décroissante avec le temps) des propriétés connues de l'émanation (action sur le système nerveux, diminution des propriétés radio-actives suivant une loi constante), l'on est frappé d'une concordance qui prend l'apparence d'une révélation lorsqu'on sait que les eaux minérales, qui se sont montrées jusqu'à présent les plus radio-actives, sont celles de Gastein en Allemagne, de Plombières en France qui caractérisent les eaux à faible minéralisation. »

(1) ALBERT LABORDE : Radio-activité des eaux minérales. *Le Radium*, n° 1, 15 juillet 1904.

L'étude de la radio-activité des corps liquides et gazeux est à peine entreprise et déjà il est démontré que l'eau de pluie elle-même peut être radio-active et à plus forte raison l'eau minéralisée à la façon de l'eau de mer ou de l'eau de la Bourboule.

Si l'action des eaux de la Bourboule peut être due pour une part à la radio-activité, il faut connaître l'action, en injections parenchymateuses, de l'eau radio-active.

Or, voici ce qu'en dit Oudin (1) :

« Pour les injections parenchymateuses, Braunstein a utilisé des solutions d'émanation dans l'eau à la dose de 5 à 10 centimètres cubes. On obtient de l'eau aussi saturée que possible d'émanation en distillant une solution de bromure de radium. A ce propos, je crois qu'un obstacle sérieux à l'action locale de l'émanation est son extrême diffusibilité. Quelques minutes après une injection d'eau saturée d'émanation, tous les tissus de l'organisme, même les poils les plus loin situés de l'injection, sont radio-actifs ».

Et il ajoute plus loin : « Quelques minutes après les injections sous-cutanées de solution, l'haleine est radio-active. »

L'eau de la Bourboule n'a-t-elle pas des actions sur le système tégumentaire et pileux, sur le système broncho-pulmonaire, que l'on peut comparer à celles des eaux radio-actives ?

Nous avons cru devoir attirer l'attention sur ces faits. L'eau de la Bourboule enfin par l'arsenic, les chlorures et les sels alcalins qu'elle contient, possède des effets d'ionisation, c'est-à-dire électrolytiques sur les substances colloïdes de l'organisme. Or l'un de nous, à propos de l'action des radiations de l'ampoule de Crocker et des rayons Röntgen, a insisté sur l'action électrolytique des rayons X sur les tissus : électrolyse ou ionisation et radio-activité, tout cela se tient ; c'est pourquoi il serait du plus haut intérêt de continuer en même temps l'étude des injections d'eaux minérales et celle de leur radio-activité, l'action des unes étant peut-être pour une part une conséquence de l'autre.

La facilité et la rapidité avec laquelle des ampoules d'eau de la Bourboule fraîchement préparées peuvent être transportées peuvent en faire un adjuvant précieux pour la continuation de la cure à domicile.

En résumé et en dehors de toute interprétation théorique, nous avons cherché à montrer que la sérumthérapie hydro-minérale peut donner des résultats excellents, supérieurs même aux autres moyens thérapeutiques employés jusqu'ici dans les stations balnéaires, et que si elle n'est pas nécessaire dans tous les cas elle peut être considérée comme

(1) OUDIN : État actuel de la Radiumthérapie. *Le Radium*, année 1906, t. III, p. 163.

une méthode de choix. Elle s'impose chaque fois que l'intolérance gastro-intestinale entre en jeu ou que les progrès de l'affection obligent à agir vite et énergiquement.

Élections.

Au cours de la séance, ont été élus :

Président : M. ALFRED FOURNIER.

Vice-Présidents : MM. HALLOPEAU, BALZER, CHARMEIL.

Trésorier : M. G. BEAUDOUIN.

Secrétaires annuels : MM. BODIN, L. BRODIER, DÉHU, DRUELLE, ÉTIENNE, LENGLET.

Membres du Comité de direction : MM. GAUCHER, DE BEURMANN, HUDELO, JULLIEN, A. RENAULT.

Membres titulaires : MM. R. HORAND, H. MONEL.

La séance supplémentaire, consacrée au traitement du *lupus tuberculeux*, aura lieu le 16 mai 1907.

Ont été nommés délégués de la Société au prochain Congrès de dermatologie de New-York : MM. GASTOU, HALLOPEAU, A. RENAULT.

Le Secrétaire :

L. BRODIER.

Le Gérant : PIERRE AUGER.

SÉANCE SUPPLÉMENTAIRE DU 21 FÉVRIER 1907

Présidence de M. Alfred Fournier.

SOMMAIRE. — Le traitement intensif et abortif de la syphilis réalisé par les injections d'huile grise, par M. DUBOT. — Deux mots sur l'huile grise, par M. JULLIEN (Discussion : MM. EMERY, BALZER, EUDLITZ.) — Note sur les injections d'huile grise, par M. ÉTIENNE. — Considérations sur l'emploi de l'huile grise dans le traitement de la syphilis, par M. A. RENAULT. — Considérations sur les injections d'huile grise, par M. E. FOURNIER. (Discussion : MM. CHARMEIL, MILIAN, BALZER, LEREDDE, QUEYRAT, E. FOURNIER, LÉVY-BING.) — Réflexions sur l'huile grise, par M. A. FOURNIER.

Le traitement intensif et abortif de la syphilis réalisé par les injections d'huile grise.

Par M. DUBOT.

Notre distingué confrère, M. le Dr Lafay, dans le remarquable rapport qu'il a publié (1), a bien mis en évidence, beaucoup mieux que je ne pourrais le faire, tous les avantages incontestables des injections d'huile grise, et leur supériorité de plus en plus reconnue sur tous les autres procédés de traitement usuel de la syphilis.

Me ralliant donc entièrement aux conclusions du rapporteur, je ne me permettrai d'insister que sur quelques points particuliers qui sont les plus sujets à controverse, et sur lesquels je vous demande la permission de vous exposer mes idées personnelles.

J'examinerai donc le plus brièvement possible :

- 1° La dose à injecter ;
- 2° La question des séries et du traitement abortif ;
- 3° Quelques points particuliers concernant la technique et la tolérance aux injections d'huile grise.

Dose à injecter. — La question des doses est certes une des plus importantes de la pharmacologie de l'huile grise, nous a dit avec raison le rapporteur. J'ai écrit, il y a longtemps déjà, que je considérais la dose de 14 centigrammes comme la dose moyenne à administrer à un adulte sain et vigoureux et d'un poids moyen de 65 kilos ; ce qui correspond environ à 70 kilos pour un sujet habillé. Cette dose vient

(1) L. LAFAY. *Pharmacologie de l'huile grise*. O. Doin, 1906.

d'être reconnue également comme dose moyenne par M. le Dr Queyrat qui pratique annuellement à l'hôpital Cochin de 7 à 10 000 injections d'huile grise et qui a reconnu comme moi que la dose classique de 7 centigrammes était souvent trop minime pour atteindre la dose, non pas celle du symptôme apparent, mais la dose vraiment curatrice de la maladie, celle qui assure l'avenir du malade contre des troubles quelquefois très obscurs et, hélas ! si fréquents qui peuvent venir empoisonner tardivement son existence. Mais, et je m'empresse de le dire, ce n'est pas à tout syphilitique indistinctement que j'administre cette dose, d'une façon aveugle, et je ne fais nullement, comme on a dit, un traitement d'instinct, hasardé et capricieux.

Je choisis mes malades, je les trie, si je puis m'exprimer ainsi, et ce n'est qu'après m'être assuré que ce ne sont pas des alcooliques invétérés avec insuffisance rénale ou des candidats à la tuberculose, qu'ils ont le poids voulu et la résistance organique nécessaire, que le foie et les reins fonctionnent normalement, ce n'est qu'après avoir fait ces constatations que j'administre la dose de 14 centigrammes.

Si l'on tient compte que le traitement intensif a des contre-indications formelles, dit Manquat, si l'on y ajoute la susceptibilité individuelle, il ne reste comme justiciables des doses intensives que quelques sujets très vigoureux, aux émonctoires puissants.

Cette opinion ne me semble pas exacte et, si j'en juge par mon expérience personnelle, c'est au contraire la majorité des syphilitiques qui sont justiciables du traitement intensif, surtout pour la première cure.

La syphilis, en effet, s'acquiert surtout avant quarante ans, à l'âge où l'individu possède la plénitude de ses forces et son maximum de résistance. Chez les individus dont le poids est inférieur à 65 kilos, il faut réduire proportionnellement les doses ; la femme supporte en général un peu moins bien que l'homme le traitement intensif, mais il ne manque pas de femmes grandes et fortes qui tolèrent parfaitement la dose de 14 centigrammes. Ce n'est qu'exceptionnellement que la dose intensive doit être administrée au delà de cinquante ans ; et chez les vieillards il faut la proscrire absolument. On pourrait chez eux à des accidents certains.

Le traitement intensif est surtout toléré par les malades jeunes pris au début du chancre, car chez eux la résistance organique n'est encore amoindrie en rien par les toxines syphilitiques.

Il ne faut jamais perdre de vue que le malade soumis au traitement intensif doit être tenu sous la plus étroite surveillance, de manière à pouvoir arrêter le traitement à la première menace d'intolérance.

Comme je l'ai écrit, je reconnais environ à ma clinique 15 p. 100 de malades qui ne supportent pas les doses intensives ; tandis que cette proportion n'est que de 5 p. 100 dans ma clientèle privée. En réduisant

alors les doses, je parviens encore souvent chez ces malades à faire accepter les injections d'huile grise.

En posant comme nécessaire, surtout pour la première cure, la dose de 14 centigrammes, je n'ai pas émis un principe indépendant de l'observation des effets thérapeutiques.

Grâce à cette dose intensive je suis arrivé systématiquement à rendre la syphilis muette, lorsque le traitement pouvait être commencé vers le quinzième jour après le début du chancre, ce que, par aucune méthode, on n'a pu réaliser méthodiquement en administrant des doses moyennes du médicament. C'est encore grâce à la dose intensive que le nombre des récidives est considérablement diminué chez les syphilitiques traités seulement à la période secondaire, et même chez bon nombre d'entre eux la diathèse reste muette. Quel contraste avec les récidives si fréquentes des malades traités par la méthode interne !

C'est encore par l'usage de cette dose que j'ai pu constater que la lymphocytose céphalo-rachidienne, si fréquente au cours de la syphilis secondaire, comme l'a démontré Ravaut, n'existait pas avec un traitement intensif précoce. Et je crois qu'il est inutile de m'arrêter à vouloir vous démontrer plus longuement l'importance qu'il y a à préserver le système nerveux contre cette première attaque de la syphilis, alors que celle-ci possède son entière virulence, et l'influence que cette préservation peut avoir contre les lésions de la période tertiaire, surtout le tabes et la paralysie générale.

Un fait qui milite encore en faveur de la dose intensive, est l'observation suivante : si l'on pratique l'excision du chancre, il n'est pas rare de le voir se reproduire dans la plaie si l'on administre seulement les doses moyennes. Au contraire une cicatrisation très rapide constitue la règle presque générale si l'on pratique aussitôt le traitement intensif.

La seule raison, dit Manquat, qui pourrait légitimer le parti pris théorique d'administrer la dose maxima tolérée par l'organisme, serait que, le médicament spécifique atteignant directement l'agent pathogène, il conviendrait de l'attaquer avec toute la rigueur possible. Malheureusement, dit-il, nous ignorons absolument le mode d'action du mercure dans la syphilis et nous ne pouvons appuyer une méthode thérapeutique sur une hypothèse. Mais, par dose intensive, faut-il entendre réellement la dose maxima tolérée par l'organisme et sommes-nous réellement si dépourvus de preuves pour croire à l'action directe du Hg. sur le spirochète ? Sans avoir certainement la preuve irréfutable, l'argument indiscutable de cette action élective, nous posons cependant certains faits d'observation qui méritent d'être pris en sérieuse considération.

Les travaux de Lévy-Bing, de Joanitescu et Galacescu, Kowalesky, constatant la disparition progressive du spirochète dans les plaques muqueuses à mesure que l'imprégnation mercurielle devient plus forte,

constituent une base déjà importante d'observation. Nous connaissons aussi l'action directe des frictions mercurielles sur les inoculations expérimentales du spirochète ; et si ces faits n'ont en pratique qu'une valeur relative pour la prophylaxie de la syphilis, ils n'en conservent pas moins leur valeur comme expérience de laboratoire.

Le fait déjà cité qu'un chancre excisé ne se reproduit généralement pas dans la plaie lorsque le traitement intensif est institué, alors que la récurrence n'est pas rare avec un traitement moyen, constitue encore un fait qui tend à prouver l'action directe du Hg. sur le spirochète. Enfin le résultat du traitement abortif qui empêche le virus de se généraliser et de produire les phénomènes de la période secondaire constitue un argument très sérieux en faveur de cette manière de voir.

Toute autre théorie peut-elle se prévaloir d'expériences cliniques déjà aussi importantes ? et l'ensemble de ces faits ne constitue-t-il pas déjà un faisceau de preuves qui confirment l'hypothèse de l'action directe du mercure sur le virus syphilitique ? On a dit que le mercure agissait seulement de façon indirecte en favorisant les réactions défensives de l'organisme. Si cette hypothèse était exacte, la sérothérapie aurait dû donner des résultats bien plus positifs.

On définit la dose intensive : « la dose maxima tolérée par l'organisme ». Cette définition ne donne qu'une interprétation fautive du traitement intensif, car en administrant la dose de 14 centigrammes l'on n'atteint nullement la dose maxima que beaucoup d'individus pourraient passagèrement tolérer. Le traitement intensif est celui qui sans la dépasser pousse la mercurisation seulement jusqu'à la dose nécessaire à la guérison réelle de la maladie, qui vise à éviter les récurrences, sans chercher toutefois à atteindre la limite de la résistance organique de l'individu et sans amener dans ses organes de troubles cellulaires pouvant entraîner des altérations durables. Cette résistance individuelle peut certainement varier et c'est pourquoi cette dose moyenne de 14 centigrammes n'a nullement la prétention d'être immuable, et le bon sens clinique du médecin doit évidemment la diminuer au moindre signe d'intolérance.

La résistance organique, dit Sabouraud, est un facteur primordial qui en médecine ne se laisse pas négliger. Mais l'on voit combien un traitement intensif prudent et raisonné en tient un compte sévère, sans oublier toutefois que cette résistance au mercure est plus grande que l'on ne le croit généralement.

Manquat dit encore qu'un médicament même spécifique doit être administré à la plus petite dose efficace et oppose cette formule à la dose maxima tolérée par l'organisme. Personne n'oserait contester cette proposition, mais ainsi formulé cet argument est sujet à équivoque et ne fait en rien avancer la question, car le tout est de savoir quelle est la plus petite dose efficace et surtout d'en établir la preuve. Est-ce la

dose moyenne, suffisante quelquefois, mais qui permet aussi la récédive et le tertiarisme, ou la dose intensive, quelquefois un peu plus difficile à tolérer, je l'avoue, mais qui réduit au silence le virus syphilitique?

La dose de 14 centigrammes a été adoptée par M. le Dr Queyrat après une expérimentation clinique très considérable, et le Dr Lévy-Bing la dépasse même quelquefois chez des sujets très vigoureux. Cette dose expérimentalement déterminée n'a d'ailleurs rien de si extraordinaire, puisqu'administrée hebdomadairement elle n'introduit que 2 centigrammes de mercure par jour dans l'organisme.

Cette question du traitement intensif devient surtout intéressante si l'on considère que 25 p. 100 au moins des malades abandonnent le traitement après la deuxième année, malgré les plus sages avertissements, et que dans ces conditions le tertiarisme est de 17 p. 100 avec les traitements anciens.

Le rapporteur a insisté, et avec raison, sur les erreurs de dose qui peuvent résulter de l'emploi de la seringue de Pravaz. Je me permets d'ajouter qu'une autre erreur peut provenir de soi-disant seringues de Barthélemy, très mal calibrées et d'une capacité très supérieure à celle de cet instrument. Voici une seringue fabriquée à Liège et couramment vendue dans cette ville comme seringue de Barthélemy et qui contient une quantité d'huile grise bien supérieure à la seringue type. Elle contient une quantité presque double de celle de la seringue de Barthélemy. Il faut vraiment que l'huile grise soit une préparation bien tolérée pour n'avoir pas eu, dans ces conditions, d'accidents à déplorer. Car des seringues pareilles ont été employées par plusieurs médecins de Liège, comme le Dr Laruelle me l'a assuré.

J'ai vu aussi plusieurs fois des médecins se servir des fonds de flacon d'huile grise dans lesquels le mercure accumulé se trouvait certainement dans une proportion double de la dose à injecter.

Mais là où ma pratique diffère essentiellement de celle de la plupart des syphiligraphes, c'est dans la question de la durée des séries, et comme cette question se confond avec celle du traitement abortif, j'aborderai immédiatement ce point encore si controversé.

Le pouvoir d'enrayer définitivement et systématiquement l'évolution de la syphilis par un traitement énergique et précoce constitue une réalité qui, déjà affirmée par Jullien, n'est pas encore admise actuellement en médecine et dont, cependant, j'ai pu obtenir la réalisation pratique grâce aux injections d'huile grise administrées à doses intensives.

Dans la seconde édition de son beau livre sur le traitement de la syphilis, M. le professeur Fournier nous dit, en parlant des tentatives faites pour arrêter la diathèse, qu'il est logique d'essayer de mieux faire par le traitement intensif d'emblée, que par les méthodes douces qui sont d'un usage courant. Notre illustre maître reconnaît que, quoi-

qu'un tel programme ne repose que sur une base théorique, c'est un programme d'expérimentation correct et qu'il mérite tout au moins les honneurs d'un essai loyal. Au Congrès de Lisbonne, j'ai rapporté le chiffre de 134 cas, 120 hommes et 14 femmes, dont l'âge variait de 16 à 36 ans, qui avaient subi le traitement abortif; 42 étaient en période tertiaire depuis 6 mois à 8 ans, et chez aucun de ces malades ayant dépassé la quatrième année de l'infection il ne s'était manifesté de symptôme de tertiarisme.

J'ai eu 6 cas douteux qui ont présenté exclusivement des lésions mal caractérisées de la gorge. C'est d'ailleurs un des endroits où notre diagnostic s'établit le plus difficilement et où les laryngologues eux-mêmes éprouvent quelquefois une réelle difficulté à établir le diagnostic par les seuls caractères objectifs des lésions locales.

Actuellement le chiffre de mes malades ayant subi le traitement abortif et étant en traitement au moins depuis deux années se monte à 149, avec 54 cas de malades arrivés à la période tertiaire sans aucun accident.

Permettez-moi de préciser d'abord ce que j'entends par traitement abortif de la syphilis au sens large du mot. C'est un traitement médical qui par une mercurisation rapide et énergique du début empêche la généralisation du spirochète dans l'organisme, semblant cantonner le mal sur place, le réduisant au chancre et à la pléiade ganglionnaire, l'affaiblissant ensuite jusqu'à extinction, de sorte qu'aucune manifestation secondaire ne puisse être observée, malgré les recherches et l'attention la plus minutieuse et malgré les moyens d'investigation les plus approfondis.

On m'a objecté que le mot « abortif » était un bien grand mot. Mais est-il illogique d'user de ce terme pour caractériser une méthode qui ne laisse apparaître aucun des signes habituels de la période secondaire, alors que la récurrence est la règle presque générale avec toutes les autres méthodes, et que ces résultats se vérifient de plus en plus à mesure que mon expérience augmente et que les cas observés deviennent plus nombreux. J'espère d'ailleurs pouvoir légitimer bientôt le terme que j'ai employé, par la recherche du séro-diagnostic sur lequel M. le professeur Neisser a donné récemment les plus belles espérances.

Peut-on encore réellement m'objecter le hasard des séries? Peut-on vraiment soutenir encore qu'il ne s'agit là que d'une suite de cas heureux de syphilis qui se seraient maintenues dans les limites de l'extrême bénignité avec les traitements usuels? Je crois que l'on ne peut plus invoquer le hasard pour expliquer ces faits et que le chiffre est déjà trop grand pour ne pas chercher dans le traitement intensif la cause réellement efficiente des résultats obtenus. Il y a bien encore l'erreur de diagnostic. Mais, en admettant que je me sois trompé, et

même souvent, cela ne pourrait encore influencer l'éloquence des résultats. D'ailleurs depuis que la recherche de l'agent pathogène est entrée dans la voie pratique, tous mes diagnostics sont basés sur la recherche du spirochète, faite par le Dr Gengou à l'Institut Pasteur de Bruxelles.

Ce que l'on peut évidemment m'objecter, c'est qu'il faut une vie entière pour suivre un malade et pour pouvoir affirmer qu'il est à l'abri du tertiarisme. Je reconnais la valeur de l'objection, mais le bon sens ne dit-il pas aussi que si toute la période secondaire se passe sans un seul accident, et si ces mêmes faits s'observent chez un très grand nombre de malades, l'objection perd une grande partie de sa valeur, car il est logique d'admettre, et les statistiques de M. le professeur Fournier le prouvent éloquemment d'ailleurs, que les malades ainsi préservés trouveront dans cette énergie du traitement leur meilleure garantie d'avenir.

Comme le Dr Lévy-Bing l'a dit à Lisbonne, notre regretté confrère M. le Dr Barthélemy, qui avait dû certainement remarquer cette immunité des malades soumis à un traitement énergique du début par les injections d'huile grise, avait commencé à établir des statistiques dans ce sens, et il est à espérer que des documents aussi précieux ne seront pas perdus pour la science.

Sans avoir encore cette expérience personnelle à longue échéance, je puis déjà affirmer que pas un des malades soignés par le traitement abortif n'a présenté de symptômes de tertiarisme et je puis encore citer l'opinion du Dr Jullien qui a expérimenté avec un agent d'une efficacité analogue et qui depuis plus de vingt ans confirme des résultats semblables observés dans sa vaste pratique.

Mais ce que mon expérience permet d'établir dès maintenant, et c'est là déjà un point très important, c'est qu'il est possible d'enrayer systématiquement la période secondaire chez les individus soumis dès le début, c'est-à-dire à partir du quinzième jour, au traitement intensif et probablement encore après et que, quasi seules dans la pratique, les injections d'huile grise peuvent atteindre efficacement ce résultat.

Jusqu'il y a peu de temps encore, j'étais seul à affirmer avec M. le Dr Jullien qu'il fût possible de tuer ainsi dans l'œuf le germe de la syphilis. Aujourd'hui cependant plusieurs syphiligraphes se sont déjà ralliés aux idées émises depuis si longtemps par le maître de Saint-Lazare. Le Dr Tommasoli croyait également au traitement abortif. Le Dr Leredde s'est rallié à l'idée que les malades traités énergiquement dès le début par les injections d'huile grise semblent ne présenter jamais d'accidents. Le professeur Levy et le Dr Nepi ont exprimé, en Italie, des idées semblables. Le professeur Dinqs, de Lausanne, écrit qu'il croit à l'action abortive du traitement mercuriel, mais dans une proportion peut-être un peu inférieure à celle de 93 p. 100, citée par

moi. Il reconnaît qu'il n'a pas essayé l'huile grise et qu'il va mettre à l'essai ce nouveau mode de mercurisation. Le Dr Schindler, de Berlin, après avoir expérimenté le traitement abortif, reconnaît l'exactitude et la régularité des résultats et proclame la supériorité de l'huile grise sur le salicylate de Hg., généralement encore utilisé en Allemagne.

Le traitement abortif n'est-il pas l'extension logique de l'idée qui a présidé à l'établissement du traitement immédiat de la syphilis, si éloquemment défendu par M. le professeur Fournier. Déjà notre illustre maître constatait que sous son influence, tout en n'employant que des traitements doux, le cycle était brisé, la roséole étiolée et qu'elle n'était plus que l'ombre d'elle-même. Il lui est même arrivé de réaliser complètement ainsi l'avortement de la roséole. Le traitement abortif n'est en somme que la méthode du professeur Fournier, dont les résultats ont été renforcés grâce aux perfectionnements de la thérapeutique.

M. le Dr Lafay vous a tracé dans son rapport le schéma de mon traitement abortif. J'y ai apporté quelques légères modifications, car il est aisé de comprendre que le schéma d'un tel traitement n'est pas exempt de quelques tâtonnements et que l'idéal est de trouver la plus petite quantité de mercure capable d'assurer la constance des résultats.

Je fais actuellement une première série de 15 injections de 0^{gr}.14 de Hg. dans les conditions que j'ai développées; les deux premières piqûres tous les cinq jours, surtout chez les sujets d'un poids très fort, les deux suivantes tous les six jours et les autres hebdomadairement.

Mon expérience m'a prouvé que cette série était suffisante pour atteindre le résultat désiré et ce n'est plus qu'exceptionnellement que j'atteins le chiffre de 20 injections. Mais pour vous prouver cependant que des malades vigoureux peuvent supporter ces doses, j'aurai l'honneur de vous en présenter deux chez lesquels j'ai atteint la limite de 20 injections de 14 centigrammes de Hg.

Chez l'un d'eux, la vingtième injection a été faite lundi dernier et ce malade n'a même pas maigri! Je me permettrai de vous en présenter deux autres chez lesquels j'ai pratiqué une série de 15 injections de 14 centigrammes. L'un d'eux a reçu sa 15^e injection lundi dernier. Je vous présenterai également un cinquième malade qui est à sa 7^e injection de la seconde cure. La première a été de 15 injections de 14 centigrammes, après laquelle je lui ai donné 2 mois et demi de repos. Sa seconde cure comprend quelques piqûres de 10 centigrammes entre celles de 14 centigrammes, à cause d'un léger accès de grippe. Chez ces 3 malades, que je vous prierai de me faire l'honneur d'examiner, la syphilis reste muette.

Le premier repos que j'avais fixé au début à 2 mois, je crois pou-

voir l'étendre à 2 mois et demi ou 3 mois. La seconde série est de 10 piqûres et le repos de 3 mois. Les séries suivantes pourront être de 8 piqûres avec repos de 3 mois et utilisation de 10 à 12 centigrammes, mais seulement pendant les troisième et quatrième années.

Ce traitement est peut-être un peu moins intensif que celui indiqué dans mon premier schéma de 1904, en ce sens que les périodes de repos sont un peu augmentées et que je ne dépasse plus le chiffre de 15 injections pour la première série.

J'ai continué jusqu'ici à traiter mes malades pendant 4 ans; mais toute mon attention se porte sur le fait de savoir si, chez les malades traités ainsi d'une manière intensive dès l'apparition du chancre, il n'est pas permis de réduire à 2 ans la durée du traitement; mais, et j'insiste sur ce point, chez ceux-là seulement qui ont été soignés ainsi intensivement dès le début. Toutefois j'avoue ne posséder encore sur ce point qu'une expérience trop restreinte pour insister davantage actuellement.

Si cette espérance se réalise, ce sera encore un avantage incontestable du traitement intensif. Je n'oserais cependant pas encore adopter cette ligne de conduite pour les malades dont le traitement n'a commencé qu'à la période secondaire, et chez ceux-là je suis fidèlement pendant 4 ans le traitement chronique et intermittent si magistrallement établi par M. le professeur Fournier.

J'ai trouvé beaucoup d'incrédules sur la possibilité de faire 15 injections de 14 centigrammes de Hg chaque à un malade sans l'intoxiquer profondément, et ici même à cette tribune M. le professeur Hallopeau vous a manifesté ses craintes et son étonnement. Je crois cependant pouvoir dire, avec tout le respect et la déférence que je dois à un maître, que ces craintes sont exagérées et ne se réalisent pas avec une pratique éclairée de la méthode. J'espère que les 5 malades que j'aurai l'honneur de vous montrer constitueront déjà pour vous un commencement de preuve. J'ai présenté dans plusieurs sociétés belges des séries de malades ayant subi ce traitement et qui ne présentaient aucun signe d'intoxication et pas trace de stomatite mercurielle.

On a dit aussi que la toxicité n'était point la mesure de la nocivité d'une substance médicamenteuse et que le protoplasme cellulaire pouvait subir des altérations sans trouble apparent dans la santé. Je conçois mal un organe altéré dans sa structure intime et continuant à fonctionner normalement, et comme la pratique du traitement intensif implique nécessairement l'observation constante et minutieuse du fonctionnement intime des organes, les signes observés avertiront des moindres troubles histo-chimiques qui pourraient venir altérer le protoplasme cellulaire et indiqueront ou de suspendre ou de diminuer la dose injectée. En surveillant aussi très attentivement les urines, je n'ai pas eu un seul cas de néphrite grave à enregistrer.

D'ailleurs, en administrant ainsi dès le début une série de 15 injections, j'évite une autre intoxication, qui celle-là est certaine, l'intoxication syphilitique dont les conséquences peuvent être très graves, non seulement pour le présent, mais encore pour l'avenir. Cette intoxication syphilitique se manifeste chez certains sujets par un amaigrissement quelquefois considérable et par des troubles indiquant des lésions organiques certainement plus sérieuses que celles que pourrait engendrer un traitement intensif, même trop énergiquement mené.

Mais, et je le répète encore à dessein, il ne faut jamais oublier que ce traitement n'est pas fait pour tous les syphilitiques et qu'il exige de la part du médecin un examen attentif et une surveillance toujours en éveil, afin d'arrêter la cure à la moindre alerte.

Si je me suis définitivement arrêté à n'utiliser pour le traitement abortif que les injections insolubles et particulièrement l'huile grise, c'est que mon expérience m'a prouvé que seule dans la pratique elle possède les qualités nécessaires à la réussite du traitement. Mais certainement, quoiqu'avec certains aléas, je crois que l'on peut arriver au même but avec les frictions et les injections solubles, si l'on trouve des malades assez patients et assez dociles pour se soumettre à un traitement qui devient dans ces conditions un véritable esclavage. Quant à la méthode des pilules, je crois qu'il est presque impossible de réaliser par elle le traitement abortif et que toute réussite ne pourrait constituer qu'un hasard fortuit.

Tout en reconnaissant au calomel toutes ses vertus héroïques et en constatant que les sujets qui le supportent sont plus nombreux que l'on ne semble le croire, je ne crois pas qu'il puisse constituer un agent usuel de traitement de fond de la syphilis, car trop souvent il est douloureux.

Il faut que l'agent dont nous voulons nous servir soit facilement accepté par le malade, et je crois qu'à tous les points de vue, sécurité, tolérance, énergie, rapidité même, l'huile grise réalise ce que nous avons de mieux.

L'huile grise est à coup sûr la préparation de choix lorsqu'il faut traiter activement un malade chez lequel le diagnostic de chancre est porté dès le début; et cette opinion rallie de jour en jour un nombre plus considérable de syphiligraphes. MM. Neisser, Brocq, Thibierge, Barthélemy, Queyrat, Emery, Bodin, Leredde, Lévy-Bing et d'autres ont fait connaître les heureux résultats que leur donne cette méthode qui vient d'être définitivement consacrée par le chef de la syphiligraphie moderne, M. le professeur Fournier.

En Belgique, les injections d'huile grise ont pris une grande extension depuis 3 ans et commencent à compter de nombreux adeptes. Le professeur Lenger et le Dr Ledoux les ont introduites dans les hôpitaux de Liège, le professeur Capart les utilise dans son service de

laryngologie à Bruxelles; les D^{rs} Dubois-Havenith et Behaeghel les emploient dans le service syphiligraphique de la polyclinique de Bruxelles; le D^r Asselberghs les pratique dans son dispensaire du Calvaire; elles viennent d'être introduites par le D^r Glibert dans le service sanitaire de l'armée; ensuite un grand nombre de praticiens belges les ont adoptées dans leur clientèle.

Pour ne pas m'écarter du terrain clinique, je n'aborderai pas les considérations théoriques qui ont fait regarder l'huile grise comme un agent à action lente et peu énergique. Je me rapproche à peu près de l'opinion du regretté maître Barthélemy qui tendait à assimiler l'énergie de l'huile grise à celle du calomel. Que l'on essaie de démontrer que dans la question de l'huile grise, il ne saurait être question de molécule complexe, ni de groupements ioniques, que la simplicité de la formule de l'huile grise ne se prête pas aux réactions physico-chimiques qui constituent l'utilisation du Hg. dans l'économie, que les molécules simples sont plus stables et entrent moins facilement en réaction, je ne puis reconnaître, comme Bodin, malgré ces arguments très scientifiques, que cela soit conforme à ce que l'on observe en clinique. J'ai constaté au contraire que sous l'action de l'huile grise à la dose de 14 centigrammes de Hg. les syphilides psoriasiformes plantaires et palmaires rétrocédaient rapidement, que des hémiplegies étaient promptement améliorées, que les lésions oculaires s'amendaient étonnamment, et que les glossites syphilitiques si rebelles se résorbaient avec une promptitude voisine de l'action du calomel.

On a cherché une preuve de cette action lente dans la stomatite tardive quelquefois observée. Il ne faut attribuer celle-ci qu'à des dépôts de mercure encapsulés dans des nodules dus à des fautes de technique et se résorbant tardivement.

Cette efficacité réelle et même rapide de l'huile grise ressortit donc pour moi à l'observation clinique, la base la plus certaine d'appréciation.

L'objection d'une intoxication possible de l'organisme par une résorption trop rapide du mercure est une de celles qui semblent les plus sérieuses. En pratique, cependant, comme l'a démontré le rapporteur, cet argument se réduit à bien peu de chose. Tous ceux qui manient le plus fréquemment l'huile grise sont unanimes à reconnaître qu'ils ne rencontrent pas ces grands cas d'intoxication, et s'il m'est permis de citer ma pratique personnelle, je dirai que sur plus de 9000 injections d'huile grise dont beaucoup à 14 centigrammes de Hg., je n'ai pas rencontré, non pas un accident grave, mais pas même un accident sérieux. Lorsque j'ai dépisté quelques signes d'intolérance, il m'a toujours suffi d'arrêter le traitement pour voir disparaître rapidement ces manifestations; car elles ont toujours été reconnues au début.

Que faut-il penser alors de ces cas mortels qui ont été publiés? Que

ce n'est nullement à la méthode que ces accidents sont imputables, mais à des lapsus médicaux, comme a dit Eudlitz, et que ces cas, qui n'apparaissent pas dans la pratique des spécialistes, disparaîtront complètement à mesure que les médecins se donneront la peine d'examiner et de surveiller leurs malades, qu'ils voudront bien s'astreindre à apprendre la technique avant de pratiquer les injections d'huile grise et à régler exactement les doses en observant scrupuleusement les contre-indications. Comme l'a dit Jullien, nos armes modernes sont des armes de précision qu'il faut apprendre à manier, et celui qui ne veut pas se donner cette peine fait beaucoup mieux de ne jamais y recourir et de rester aux méthodes anciennes.

Dans une discussion récente sur les injections d'huile grise, qui a eu lieu à la Société médico-chirurgicale du Brabant, pas un accident vraiment grave n'a pu être rapporté. Au contraire, presque tous les orateurs ont été d'accord pour reconnaître la valeur et même la supériorité de la méthode des injections d'huile grise dans le traitement usuel de la syphilis.

Alors qu'en 1904 la méthode avait été vivement combattue à la Société belge de dermatologie, M. Dubois-Havenith a déclaré récemment dans la discussion d'un de mes rapports qu'il accordait actuellement toute sa confiance à la méthode, et qu'il regrettait même de ne pouvoir employer les injections d'huile grise dans tous les cas indistinctement.

Comme toute méthode maniant un toxique, les injections d'huile grise ont leurs inconvénients, mais ils ne sont certainement pas plus nombreux que ceux des autres procédés, tandis que les résultats en sont notablement supérieurs.

La douleur, lorsqu'elle existe, est généralement très supportable. Mais elle est certainement très variable suivant l'habileté de l'opérateur et sa connaissance exacte des endroits à injecter. Milian a dit avec raison : c'est surtout la technique qui doit être indolore ; et c'est là une vérité dont devraient être persuadés bien des médecins qui font maladroitement des injections douloureuses.

Quant aux accidents locaux, je puis dire qu'ils n'existent pas ; tout au plus quelques rarissimes nodules. Il y a cependant quelques sujets, des femmes surtout, dont le muscle, petit et grêle, ne supporte pas l'injection.

Quant aux inconvénients d'ordre plus général : anorexie, dyspnée, douleur intercostale et rétro-sternale, ils ont été bien décrits par Émery ; mais je les rencontre bien rarement.

L'albumine apparaît passagèrement chez environ 7 à 8 p. 100 des malades et ne tarde pas à disparaître après la cure. On a cité le chiffre de 10 p. 100 après la cure par les frictions. Dans 2 cas seulement l'albuminurie a persisté pendant cinq à six mois, mais jamais je

n'ai eu d'accidents sérieux et permanents du côté du rein. J'attache une grande importance aux 2 litres de lait que j'ordonne journellement à mes malades.

Lorsqu'on se rend compte de la négligence que les médecins mettent en général à examiner et à surveiller la bouche des malades, l'on est étonné qu'il n'y ait pas davantage de stomatites. Celle-ci ne doit pas survenir, pas plus avec les doses moyennes qu'avec la dose intensive de 14 centigrammes, et je vous prie de bien vouloir examiner la bouche des 3 malades que je vous présenterai, qui ont tous reçus 15 injections de 14 centigrammes, et un même 20 centigrammes. La fréquence de la stomatite est moins proportionnelle à la quantité de mercure qu'à la somme de soins que l'on donne à la cavité buccale pour la purger de ses nids microbiens.

Malgré mes hautes doses, la stomatite est une chose tout à fait exceptionnelle à ma clinique. Il est vrai que je ne néglige rien pour faire comprendre au malade la nécessité de cette hygiène de la bouche; je les préviens de ce qui peut leur arriver. Un service de dentisterie fonctionne tous les jours à ma clinique, de sorte qu'avant chaque piqûre la bouche du malade est examinée. J'exige un rinçage de la bouche toutes les heures au chlorate de potasse, trois brossages des dents par jour avec une brosse dure et des badigeonnages des gencives, immédiatement après, avec un mélange de teinture de myrrhe et de ratanhia, ou d'acide chromique à 5 p. 100. C'est le brossage mécanique qui réalise le mieux la propreté de la bouche.

Je remets aussi à chaque malade un imprimé résumant ces indications.

Quant au régime, je supprime absolument le tabac et l'alcool sous toutes ses formes et je recommande de prendre par jour 2 litres de lait en boisson. Chez les sujets à intestins sensibles je préviens les troubles en administrant préventivement le salicylate de bismuth additionné d'extrait thébaïque.

Je crois qu'en règle générale la région la plus favorable pour les injections est la région déterminée par Lévy-Bing, ainsi que la fosse rétro-trochantérienne.

La technique des injections est remarquablement décrite dans le rapport du D^r Lafay. Je n'insisterai que sur l'importance qu'il y a à faire suivre l'injection d'huile d'une seringuée d'air, ce qui ne présente jamais d'inconvénient, et de tenir les tissus quelques instants très largement comprimés sur tout le chemin de retrait de l'aiguille. De cette façon les nodi deviennent absolument exceptionnels. Tenir le schéma des endroits injectés, pour ne pas faire les piqûres deux fois à la même place, est aussi très à conseiller. On évite ainsi, je crois, bien des inconvénients.

Les petites modifications que j'ai apportées à la seringue de Barthé-

lemy rendent la technique plus aisée, surtout en ce qui concerne l'injection éliminatrice.

Je me rallie donc pleinement aux conclusions du rapport de M. le Dr Lafay, que je me permettrai de féliciter pour sa remarquable étude sur l'huile grise et pour la perfection qu'il a su atteindre dans la préparation de ce produit.

En attendant donc que du silence des laboratoires sorte un véritable vaccin qui doit prévenir à jamais les désastres de la syphilis, notre conscience de médecins nous oblige à choisir les moyens les plus appropriés pour combattre un mal qui, semblant dormir aujourd'hui, peut se réveiller demain terrible et inexorable. Ce que deviendra une syphilis, nous ne le savons jamais. Commencée en sourdine, elle peut se terminer par un coup de foudre. Agissons donc énergiquement sur elle dès le début, alors que nous sommes maîtres de la situation. Demandons au mercure, comme a dit M. le professeur Fournier, un rendement plus complet; et nous l'obtiendrons en faisant du traitement intensif un usage avisé qui terrassera définitivement le mal et réalisera une véritable prophylaxie du terrible fléau.

Pour réaliser ce progrès, pour marcher vers cet objectif nouveau de notre thérapeutique, nous trouverons dans les injections d'huile grise, la méthode idéale de traitement de la syphilis.

OBS. I. — Gouvel..., Louis, 21 ans, se présente à ma clinique le 1^{er} mars 1905, porteur d'un chancre du prépuce caractéristique avec pléiade ganglionnaire et datant de 10 jours. Le chancre est largement excisé et la verge pansée à l'emplâtre de Vigo. Réunion par première intention. Après examen de la bouche et des urines, le traitement est commencé aussitôt.

Du 1^{er} mars 1905 au 8 juin 1905, le malade reçoit 20 injections de 14 centigr. de Hg. chaque qui sont bien supportées.

Repos de 2 mois.

Du 2 août 1905 au 26 septembre 1905, il fait une seconde cure de 8 piqûres de 14 centigrammes.

Second repos de 2 mois.

Du 21 novembre 1905 au 6 février 1906, le malade fait une troisième cure de 12 piqûres de 14 centigrammes.

Ensuite, repos de près de 4 mois.

Du 5 juin au 31 juillet 1906, le malade fait 9 piqûres de 14 centigrammes et vient habiter Paris.

Repos de 3 mois.

Du 10 novembre au 15 décembre, 6 injections à 0^{sr},07 au dispensaire spécial de Saint-Lazare où on a dit au malade qu'il était impossible que j'aie pu lui pratiquer 20 injections de 14 centigr. de Hg.

Repos de 6 semaines.

Du 29 janvier à ce jour, 3 injections. Pendant tout ce temps le malade n'a cessé de faire du sport, notamment la course pédestre qu'il n'a pas même abandonnée pendant mon premier traitement.

Actuellement le poids du malade est considérablement augmenté et la santé est excellente.

Obs. II. — M... Kots, 27 ans, peintre; pèse 70 kilos habillé. Pas de tare héréditaire, fièvre scarlatine à l'âge de 7 ans.

Le 16 juillet 1906, le malade m'est adressé par mon confrère le Dr Penant, de Bruxelles; il est porteur d'un chancre induré du prépuce caractéristique. La recherche du spirochète est faite par le Dr Gengou, à l'Institut Pasteur de Bruxelles. La sclérose date de 8 jours et est immédiatement et largement excisée. La plaie se réunit par première intention. Les ganglions sont modérément engorgés dans les deux aines, qui sont recouvertes d'emplâtre de Vigo ainsi que la verge. On constate un ganglion à la nuque et quelques-uns dans les aisselles. Ils sont restés sans modification.

Après examen de la bouche et des urines le traitement est immédiatement commencé à la dose de 14 centigrammes de Hg. avec l'huile grise à 40 p. 100 de Lafay.

Du 16 juillet au 18 octobre 1906, le malade reçoit 15 injections de 14 centigrammes; les deux premières tous les 3 jours, les deux suivantes tous les 6 jours et les autres hebdomadairement.

Sur ces 15 injections, les 4 premières ont été gênantes, douloureuses, et les 10 autres ont été complètement indolores. Le malade a continué son travail sans interruption. A la fin de la cure, l'appétit un peu diminué, mais le malade n'a pas maigri. Il ne présente pas trace de gingivite. Vingt jours après la première cure, le malade pèse 2 kilos de plus qu'au début du traitement. Il a fidèlement suivi son régime et pris deux litres de lait par jour. Il a supprimé complètement l'alcool et soigné minutieusement sa bouche.

Après un repos de 2 mois et demi, la cure est reprise le 4 janvier à la dose de 14 centigrammes pour les 2 premières piqûres. Un très léger état grippal me fait adopter la dose de 10 centigrammes pour les troisième, quatrième, cinquième et sixième piqûres. La septième injection à la dose de 14 centigrammes a été faite lundi dernier.

Depuis le début du traitement, c'est-à-dire depuis le 16 juillet 1906, aucun symptôme de roséole, ni aucune généralisation ganglionnaire ne se sont manifestés. Le malade a été tenu en observation par son médecin traitant et par moi et examiné fréquemment du côté de la peau et des muqueuses.

Localement le malade n'a pas présenté de nodule, et l'état général est excellent.

Obs. III. — M. Fel..., 28 ans, cordonnier, du poids de 78 kilos habillé, vient me trouver à la clinique le 17 juillet 1906, porteur d'un chancre caractéristique du prépuce datant de 4 semaines, qui est immédiatement excisé et dans lequel le Dr Gengou trouve le spirochète. La plaie se réunit par première intention.

On trouve quelques ganglions au cou.

Après examen de la bouche et des urines, le traitement est immédiatement commencé.

Du 17 juillet 1906 au 15 décembre 1906, le malade reçoit 15 piqûres de 14 centigrammes de Hg. chaque avec l'huile grise Lafay; les deux premières.

tous les 5 jours, les deux suivantes tous les 6 jours et les autres hebdomadairement. Ces piqûres sont bien supportées; quelques-unes occasionnent un peu de raideur dans la jambe; le malade continue son métier sans inconvénient.

Actuellement, soit deux mois depuis l'interruption du traitement, le malade pèse 4 kilos de plus qu'au début de la cure.

Il est à remarquer que le traitement ayant commencé le 17 juillet 1906, soit 4 semaines après le début du chancre, le malade n'a pas présenté trace de syphilis secondaire depuis le traitement.

Obs. IV. — M..., Gustave, 26 ans, peintre, pèse 93 kilos habillé. Se présente à la clinique le 19 septembre 1906, porteur d'un chancre phagédénique de la fosse naviculaire découverte par un hypospadias. Le Dr Gengou trouve le spirochète très abondant dans les frottis. La lésion date de 1 mois.

Après examen de la bouche et des urines, le traitement est commencé le 19 septembre 1906; et à la date du 18 février, soit lundi dernier, le malade a reçu 20 injections de 14 centigrammes de Hg. chaque avec l'huile grise Lafay à 40 p. 100.

Le malade a supporté admirablement ce traitement. Il est vrai qu'il est vigoureux et l'on pourrait certainement pousser plus loin chez lui l'expérience si l'on voulait atteindre la limite de tolérance de l'organisme, ce qui est absolument inutile ici. Ni dans son état local qui ne présente pas un nodule, ni dans son état général, le malade n'a ressenti aucun inconvénient et il a continué son métier sans aucune espèce de gêne. Il faut dire qu'il a cessé le tabac et l'alcool et qu'il a bu régulièrement deux litres de lait par jour. Il a plutôt grossi que maigri pendant la cure.

Sans oser présenter ce cas comme un cas de traitement abortif puisque le traitement n'a commencé qu'à la quatrième semaine, ce malade n'a cependant pas présenté trace de syphilis secondaire depuis le début du traitement, c'est-à-dire depuis le 19 septembre 1906.

Obs. V. — Van Gys..., Louis, 28 ans, électricien, du poids de 90 kilos. Se présente à la clinique avec un chancre datant de 1 mois. La recherche du spirochète est faite par le Dr Gengou. On trouve un ganglion épitrochléen à gauche.

Du 9 octobre 1906 au 18 février 1907, soit lundi dernier, le malade a reçu 15 piqûres de 14 centigrammes de Hg. avec l'huile grise Lafay.

Sa santé est excellente, il a augmenté de 2 kilos pendant la cure. Son hygiène a été bonne. Il a abandonné l'alcool et bu deux litres de lait par jour.

Deux mots sur l'huile grise.

Par M. LOUIS JULLIEN.

Ayant travaillé de mon mieux à répandre la méthode aujourd'hui en discussion, responsabilité que quelques-uns m'attribuent et que je revendique, je tiens à venir témoigner en sa faveur.

I. — Je ne crois pas avoir une seule fois parlé des injections mas-

sives, sans insister sur la nécessité de vérifier, avant toute chose, le bon état des émonctoires et de la dentition.

Et je n'ai pas fait une injection de ce genre sans m'être acquitté de ce que je considère comme un devoir strict, non pas en me contentant d'une analyse d'urine datant de plusieurs années, même de plusieurs mois, comme on a tendance à le faire si l'on cède à la pression du malade, mais en pratiquant moi-même, et à plusieurs reprises pendant la cure, la brève recherche nécessaire.

J'estime aussi que bien souvent le premier soin doit être de diriger l'intéressé vers un dentiste expérimenté. Mieux vaut en effet ajourner la thérapeutique préférée, jusqu'à ce qu'elle soit réalisable en toute sécurité.

Aussi, sur un nombre considérable d'hospitalisées et autres, n'ai-je observé qu'un seul accident, qui fort heureusement ne fit courir aucun danger grave, et se termina par la guérison. Une vénérienne sortie de Saint-Lazare, après 3 injections de 5 centigrammes métal, fut reçue peu après à Lourcine, dans le service de M. Brocq, qui voulut bien m'en prévenir et m'inviter à venir la voir. Elle avait surtout de la glossite; la langue très gonflée ne tenait plus dans la bouche. Cette femme était une grande nerveuse, une de ces hystéro-épileptiques chez lesquelles les actions physiologiques peuvent subir de réelles perturbations. Je m'abstiens depuis ce jour d'injections massives, quand j'ai connaissance de pareils antécédents, que je considère comme une formelle contre-indication.

II. — L'huile grise fait-elle courir quelque chance particulière d'intoxication? Pas plus que les autres préparations hydrargyriques. Mais, ne l'oublions pas, c'est un poison que nous manions, que nous faisons pénétrer dans le courant sanguin, et nous ne devons le faire qu'avec une précision mathématique, c'est-à-dire en usant de doses très exactement mesurées.

Une pratique hasardée, et qui se départit de ces précautions essentielles, conduit vite à l'excès, et étant donné le mode d'administration employé, l'excès devient bien vite le danger.

Je n'ai jamais eu l'occasion d'observer l'entérite, ni la néphrite, ni aucune intoxication générale analogue aux trop nombreuses catastrophes relatées dans les feuilles médicales.

Pour ce qui est de la gingivite, je n'hésite pas à dire que les exemples de salivations courantes, jadis si communs chez les sujets soumis au traitement pilulaire, ne se voient pas dans la clientèle des médecins injecteurs. La raison en est peut-être dans ce fait, que nous voyons beaucoup plus souvent nos malades. A chaque nouvelle piqûre nous les examinons, et nous sommes attentifs pour supprimer ou retarder l'intervention au moindre signe d'alarme.

Nos devanciers, au contraire, quand ils avaient prescrit pour des mois quelques centaines de pilules, risquaient de constater un mal déjà fait, et toujours difficilement réparable. La gencive, excellente au moment de l'examen, s'altérait presque toujours à leur insu et malgré leurs recommandations, par l'ignorance et la négligence du patient.

En revanche, j'ai eu à traiter deux cas d'abominables stomatites survenues au cours de soins donnés par des confrères.

Un sexagénaire m'appela un matin en hâte pour une complication dont je ne connais pas d'autre exemple. Il s'agissait d'une grave hémorrhagie, ayant atteint rapidement un degré effrayant pour l'entourage. La gencive était largement décollée du maxillaire, et l'on voyait un jet saccadé de sang rutilant, fourni par une artériole dont je dus me rendre maître.

J'en conclus que l'inflammation et l'infection de la muqueuse buccale, lorsqu'on les laisse à la légère se développer à la suite d'injections huileuses inopportunes, trop intenses ou trop multipliées, caractérisent une des formes les plus redoutables de la maladie. Inconvénient sérieux, dira-t-on, et je serais parfaitement de cet avis, s'il n'était facile de l'éviter au prix de précautions élémentaires.

III. — Le médicament est actif et d'un emploi commode tant pour le médecin que pour le malade. Pas de troubles digestifs comme avec les pilules, pas de temps perdu, pas de linge taché, comme avec les frictions, et, par-dessus tout, certitude absolue des doses employées, et ne risquant jamais d'être dépassées par la fantaisie d'un malade laissé à lui-même.

Je rejette tout exclusivisme, et suis loin de prétendre que l'huile grise convienne toujours mieux que toute autre drogue. C'est affaire d'appréciation, et d'indications à bien peser pour chaque éventualité. L'arsenal de la spécialité est assez riche pour fournir les ressources les plus variées.

Dans les cas moyens ordinaires, pour entretenir un traitement, de raison plutôt que de nécessité, quelle arme précieuse n'avons-nous pas entre les mains avec l'huile grise ? C'est le roi des médicaments, a dit mon ami Monel, parole que j'aime à répéter. La cure entière des premières années tient en quelques flacons. Six piqûres au plus, 4 au moins, à intervalles variés de 5 à 8 jours, chaque piqûre faisant pénétrer de 5 à 10 centigrammes de métal, plus même s'il en est besoin, graduée suivant la gravité du cas et le poids du corps, suffisent à dissiper ou à prévenir tout accident.

On remarque vite que la plupart des manifestations sont ainsi supprimées, et que la face de la maladie est du tout au tout modifiée par un ensemble de pratiques très facilement applicables.

IV. — Bien que, en ce qui concerne l'avortion, je sois jusqu'ici resté fidèle au calomel, j'admire les beaux succès obtenus par mon ami Duhot, et les notables perfectionnements apportés au contrôle des résultats.

Il a vivifié, rénové, modernisé la méthode en se faisant avec une ardeur décisive le champion de ma doctrine si dédaignée. Je tiens à l'en remercier, et à le féliciter de son ardente campagne.

Pourquoi donc entendons-nous répéter l'anathème rétrograde et stérile contre la pratique de Lang, devenue si vite populaire ? Les observations à cataclysme n'effrayent plus personne. La généralité des médecins fera comme pour les injections de calomel, dont le succès grandissait à mesure qu'on les foudroyait plus implacablement. Maintenant qu'on a essayé de ces moyens aussi puissants qu'innocents, on ne s'en déshabituera pas, et le mieux qu'il y ait à faire, est, comme nous en avons pris l'habitude à Saint-Lazare, de compléter sur ce point l'éducation de nos confrères, de leur apprendre au juste la posologie des mélanges, le lieu propice pour la piqûre, les précautions d'asepsie dont elle doit être entourée et surtout ses contre-indications.

Nous souhaitons une œuvre d'enseignement, bannissant toute injuste réprobation, insistant sur les prudences nécessaires, et les motivant sans passion...

Ainsi faisant, nous consacrerons une page importante désormais liée au chapitre du traitement spécifique, et que l'on essaierait en vain de supprimer, et notre labeur sera fécond, parce qu'il sera équitable et clairvoyant.

M. EVERY — Je n'ai rien à ajouter au magistral plaidoyer de mon collègue et maître, le Dr Jullien, en faveur de l'huile grise.

Je me suis déjà suffisamment expliqué sur ses innombrables avantages et les raisons majeures pour lesquelles nous désirons lui conserver une place dans l'arsenal thérapeutique contre la syphilis, notamment dans un des derniers numéros des *Archives des maladies vénériennes*. Je me contenterai de résumer brièvement ma pensée, qui est la suivante :

L'huile grise est non seulement utile, mais indispensable en raison de son indolence, de son efficacité, de sa commodité comme traitement discret non affichant, et surtout de son innocuité parfaite. En appliquant soigneusement les mesures de prudence que préconise M. Jullien et dont je me suis fait une règle depuis longtemps, j'ai pu, pendant 40 années d'exercice, utiliser cette thérapeutique mercurielle sur la presque totalité de mes malades, sans en éprouver le moindre dommage. La surveillance étroite de la bouche des malades, la recherche préalable de l'idiosyncrasie par les sels solubles, la vérification méticuleuse de l'intégrité des émonctoires, la recherche des doses exactes appropriées au poids du malade, à sa vigueur physiologique, proportionnées à la longueur du traitement et à l'intensité des accidents à combattre ont éloigné de ma pratique les accidents graves rappelés dernièrement dans de retentissantes communications et dont la cause me paraît facile à relever.

Je signalerai toutefois un accident presque inévitable, mais présentant peu de danger, que j'ai décrit un des premiers dans mon petit livre sur le Traitement de la Syphilis et sur lequel on est revenu depuis en le baptisant de noms divers dont le plus approprié me paraît être celui de *grippe mercurielle*. Cet accident, caractérisé par un état fébrile avec céphalée intense, état saburral prononcé, courbature générale du thorax, gêne douloureuse des mouvements respiratoires, point angoissant rétro-sternal, etc., me paraît imputable à l'introduction, toujours possible, de l'injection dans une veine malgré les précautions opératoires habituelles.

En aucun cas je n'ai vu ces accidents dépasser la durée de deux ou trois jours; le contraste entre leur bénignité réelle et leur apparition dramatique est frappant et l'on ne saurait tirer d'argument d'accidents aussi dépourvus d'importance contre la méthode elle-même.

Cette innocuité de la méthode des injections d'huile grise est, on peut l'affirmer, une opinion quasi-générale chez tous les spécialistes qui en ont fait depuis longtemps un usage courant. Quelques accidents graves n'ont guère été signalés que depuis le jour, encore assez récent, où cette méthode a pénétré dans le grand public médical après avoir été l'apanage exclusif des spécialistes. Sans avoir enregistré dans mon entourage d'accident mortel imputable à l'administration d'huile grise, j'ai pu constater à différentes reprises des accidents graves. Une enquête minutieuse à laquelle je me suis livré m'a toujours permis de conclure formellement à de grossières erreurs d'administration. On pourrait pour ainsi dire classer les fautes commises sous trois chefs différents ou plutôt les imputer à trois sortes d'ignorance :

Ignorance des conditions relatives aux malades ;

Ignorance de la technique opératoire ;

Et surtout ignorance de la posologie, comme le proclame le Dr Jullien.

Je pense que rien ne serait plus facile que de remédier par l'enseignement et les démonstrations aux deux premières. Les recommandations édictées, concernant le triage des malades susceptibles de bénéficier de la méthode, sont faciles à retenir. La technique opératoire s'apprend en 5 minutes.

Mais en est-il de même en ce qui concerne la posologie du médicament ? C'est là une question complexe sur laquelle je ne veux pas insister, me proposant d'y revenir dans la prochaine séance.

Il est cependant de grosses erreurs que je ne puis passer sous silence. Trop de médecins ignorent encore ce point capital que l'huile grise est un médicament actif, concentré, qui se doit employer à petites doses, sous un petit volume. Je parle, bien entendu, des préparations habituelles, de celles qui sortent des officines les plus achalandées à ce sujet, c'est-à-dire des huiles grises dites à 40 p. 100, à 16 p. 100, etc. Par suite de cette fâcheuse ignorance, certains praticiens se servent de l'huile grise comme ils se servent d'autres préparations mercurielles comme le calomel ou les sels solubles. Ces dernières préparations étant généralement dosées de telle façon qu'un centimètre cube constitue la dose hebdomadaire ou quotidienne, le médecin croit qu'il en est de même de l'huile grise et, par analogie, prend comme unité d'administration le centimètre cube. Il n'hésite donc pas, j'en ai été témoin, à injecter un centimètre cube d'huile grise à 40 p. 100 une fois et même, je l'ai vu, deux fois par semaine.

Il y a là un grand danger auquel il importe de remédier au plus tôt, contre lequel il faut mettre en garde le praticien. Je voudrais donc que nous émettions le vœu que tous les pharmaciens détenteurs de ce médicament prennent une précaution qui serait d'un grand secours pour les médecins non avertis. Cette précaution consisterait, comme certains l'ont déjà fait, à envelopper leurs flacons dans une petite notice, indiquant suivant le titrage de l'huile grise quelle est la dose maxima à injecter. On pourrait plus simplement encore l'imprimer sur l'étiquette même du flacon. Et cette dose maxima, il faudrait, à mon avis, l'indiquer en volume, en fractions de centimètre cube. La seringue de Pravaz d'un centimètre cube est en effet communément employée par les médecins et l'on ne saurait exiger du praticien, pour la pratique de ces injections, l'emploi d'une instrumentation spéciale et quelquefois coûteuse. Il faut donc lui apprendre que, suivant le titrage de l'huile grise, il peut en injecter comme dose maxima, un quart, un demi ou un centimètre cube.

M. BALZER. — Je tiens à confirmer ce que dit M. Jullien au sujet des injections d'huile grise chez les hystériques ou hystéro-épileptiques. J'ai observé un homme qui était sujet à des œdèmes hystériques colossaux ; ce malade ne présentait aucune contre-indication apparente aux injections mercurielles ; cependant une seule injection de 7 centigrammes de mercure suffit à provoquer une stomatite, qui fut d'ailleurs sans gravité. Aussi j'estime qu'il faut être très prudent quand on traite des hystériques par l'huile grise et s'informer des troubles de nutrition qu'ils peuvent présenter.

M. EUDLITZ. — J'ai fait un grand nombre d'injections d'huile grise sans observer aucun accident local. Je n'injecte pas d'air comme fait M. Duhot ; mais j'attends quelques secondes avant de retirer l'aiguille. Depuis deux mois, j'injecte les doses fortes de 14 centigrammes de Hg. ; mais dans ce cas j'examine l'urine toutes les semaines. De plus, si le malade présente un trouble quelconque de la santé générale, j'interromps momentanément les injections, u, s'il y a urgence à les continuer, je diminue la dose de mercure injectée.

Note sur les injections d'huile grise.

Par M. ÉTIENNE.

Depuis 12 ans, j'ai été amené par les commodités de la méthode à employer presque exclusivement l'huile grise dans le traitement de la syphilis, mais en prenant toujours la précaution d'en faire précéder l'emploi d'une série de 3 ou 4 injections journalières d'un sel hydrargyrique soluble pour m'assurer que le malade ne présente pas une intolérance spéciale pour le Hg.

Après d'assez nombreux essais, j'ai fini par abandonner la grosse aiguille longue pour me servir seulement d'une aiguille de Pravaz de calibre ordinaire, en platine iridié, les injections dans le tissu cellulaire sous-cutané ne m'ayant pas paru en général présenter plus d'inconvénient que les autres, à condition de retirer l'aiguille sans laisser

revenir l'huile grise et de boucher l'orifice avec une goutte de collodion. On évite facilement le retour de l'huile en déterminant avec le doigt une pression sur le tissu voisin, suffisante pour empêcher ce tissu de suivre le mouvement de l'aiguille retirée, et assez peu forte pour ne pas provoquer autour de l'aiguille une expression du tissu refoulant dans le trajet de l'aiguille le liquide injecté. — J'évite toute la région fessière située au-dessous de la ligne anus-épine iliaque supérieure. Toujours j'ai pratiqué les injections en deux temps : enfonçant d'abord l'aiguille, puis remplissant la seringue d'huile grise, puis l'embouchant sur l'aiguille après m'être assuré, par un petit tampon de coton introduit dans l'embout de l'aiguille, qu'il ne vient aucune goutte de sang.

D'une façon générale, je pratique une injection hebdomadaire d'une division de la seringue Barthélemy, soit un quart, augmentant la quantité ou rapprochant les injections suivant les indications spéciales. J'ai l'habitude de faire des séries de 6 à 8 injections hebdomadaires dans les traitements de précaution ; mais en cas de lésions spécifiques, je continue le traitement jusqu'à extinction de la lésion ; j'ai pu dans un cas aller jusqu'à 30 injections de suite sans le moindre incident, mais en surveillant de près l'état des reins et du foie.

Jamais un malade ne m'a demandé l'arrêt du traitement pour un motif quelconque. Jamais je n'ai vu les injections être douloureuses au point d'empêcher la continuation d'une série ; dans la très grande majorité des cas la gêne locale n'est que légère, parfois insignifiante, même pour des cavaliers de profession, pour des bicyclistes, pour des soldats faisant leurs grandes marches d'entraînement au cours d'une période d'injections.

Localement j'ai observé assez fréquemment de petits nodules disparaissant au bout de 15 à 20 jours en général, quatre ou cinq fois seulement les pseudo-abcès sans pus par nécrose des tissus. Cet accident m'a paru se produire en général lorsqu'un nombre déjà considérable d'injections avaient été pratiquées, indiquant de la fatigue des tissus, et constituant une indication d'interrompre les injections pour un certain temps. Dans un seul cas, ces foyers de nécrose sont apparus d'emblée ; il s'agissait d'une femme de 32 ans, chez qui une syphilis ignorée depuis 12 ans avait déterminé une nécrose du vomer avec début de perforation de la voûte palatine et apparition d'une fistulette ; cet accident coïncidait avec une crise très violente et très prolongée d'entérite muco-membraneuse ayant délabré l'organisme. Devant l'intolérance absolue de l'appareil digestif pour le protoiodure et l'iodure de potassium, en face de l'état saburral de la bouche interdisant les frictions, j'eus recours aux injections d'huile grise espacées de 6 jours et aux injections d'iodipine à 25 p. 100 (3 grammes tous les 2 jours). Les trois premières injections d'huile grise se sphacélèrent ; la malade persista cependant dans le traitement, et après la 6^e injection

la guérison des lésions était obtenue, complète à la voûte palatine qui avait été très fortement influencée dès la 1^{re} injection, et avec élimination de petits séquestres du vomer. Il me parut hors de doute que le délabrement de l'état général avait été le motif de l'intolérance locale des tissus.

Dans certains cas d'intolérance locale relative des tissus et de sensibilité de l'appareil digestif pour le traitement interne, je suis parvenu à traiter les malades en combinant les injections et les pilules de *protiodure*, par exemple, alternativement par huitaine.

Deux fois seulement j'ai vu se produire une réaction à distance de l'injection : chez un malade, ancien syphilitique, chez qui l'injection s'accompagna de sensibilité de l'intestin, apparaissant vers la 3^e ou la 4^e injection, mais n'empêchant jamais la continuation. — Chez un deuxième malade, je constatai une stomatite légère après la 3^e injection, mais coïncidant avec l'apparition d'une grippe s'accompagnant d'état saburral des voies digestives ; une suspension du traitement pendant 8 jours remit tout en état. C'est le *seul cas de stomatite* que j'observai ; mais naturellement mes malades sont strictement soumis aux gargarismes chloratés répétés et à l'emploi d'un traitement dentifrice à base de chlorate.

Lorsque le traitement par l'huile grise put être appliqué dès le début du chancre, sous forme de traitement d'assaut, je n'ai, dans un grand nombre de cas, plus eu un seul accident spécifique après l'éruption roséolique ; chez un malade atteint d'un chancre *incontestable* et traité dès le 7^e ou 8^e jour du chancre, je n'ai pu observer aucune trace de roséole ni d'accident ultérieur. Lorsque le traitement a pu être très précoce, la durée du chancre m'a paru parfois nettement écourtée. Chez la grande majorité de mes malades précocement traités les accidents spécifiques se sont réduits, après la première éruption papuleuse généralisée, à 4 ou 5 plaques muqueuses de la bouche disséminées dans la première année. Chez eux j'en ai pas vu un seul cas de tertiarième ; une seule fois une périonyxis. Par contre, un traitement intense dès le début du chancre n'a pu empêcher un malade infecté à 54 ans de devenir paralytique général à 59 ans, après avoir eu une hémiplegie par artérite spécifique à 56 ans.

Dans un cas de syphilis maligne précoce, avec éruption diffuse d'ecthyma dans le 4^e mois de la syphilis, après échec complet du *protiodure* et des frictions, la première injection d'huile grise amena une amélioration frappante, et le malade était complètement nettoyé après la quatrième. Soumis aux traitements périodiques, il n'a plus présenté aucun autre accident depuis 4 ans.

En résumé, le traitement par l'huile grise me paraît le traitement de choix de la syphilis, se prêtant par la variation dans les doses et par l'espacement des injections, au traitement de la plupart des cas

particuliers. Ces avantages permettent la continuation systématique du traitement hydrargyrique pendant de nombreuses années. Son innocuité me paraît complète, à part certains cas l'intolérance locale, rares, et apparaissant très exceptionnellement d'emblée. Il est l'idéal comme traitement hospitalier, évitant toute fraude, et présentant une remarquable commodité et une grande économie pour traiter les malades externes; pour ce motif il devrait constituer le traitement de choix à imposer périodiquement dans les dispensaires aux prostituées syphilitiques sans accidents actuels.

Considérations sur l'emploi de l'huile grise dans le traitement de la syphilis.

Par M. Alex. RENAULT.

Laissez-moi d'abord vous dire, Messieurs, que je n'ai nullement l'intention de prononcer un réquisitoire violent contre l'emploi de l'huile grise dans le traitement de la syphilis. J'aurais d'ailleurs mauvaise grâce à en agir ainsi, puisque j'emploie, à l'occasion, ce mode de mercurialisation dans mon service. Je n'ignore pas en outre que plusieurs de nos collègues, et non des moindres, attribuent à ce traitement une supériorité qui leur semble indiscutable. Aussi me bornerai-je, dans les considérations suivantes, à essayer de vous prouver que ce jugement est excessif et que les difficultés d'application de la méthode, jointes à ses effets restreints, doivent en limiter l'emploi à des indications bien déterminées.

J'étaierai ma démonstration sur trois ordres d'arguments : arguments d'ordre pharmaceutique, d'ordre technique et enfin d'ordre clinique.

1° Arguments d'ordre pharmaceutique. — Vous savez que l'huile grise n'a point été jusqu'ici une préparation officinale et que la teneur en mercure de ce produit, délivré par les pharmaciens, varie dans des proportions énormes, beaucoup de médecins ne prenant pas la précaution d'indiquer sur leurs ordonnances le pourcentage en hydrargyre du mélange qu'ils désirent injecter.

Dans un excellent travail, que nous avons pu tous lire, notre très distingué collègue M. le Dr Lafay, nous a appris que la quantité de mercure variait de 11 à 50 p. 100, en passant par les chiffres de 16, 20, 33.

Ces jours derniers, mon ancien interne, M. le Dr Salmon, qui s'intéresse beaucoup au traitement de la syphilis par l'huile grise, me confirmait cette assertion. Il a eu la curiosité de s'adresser à divers pharmaciens et a pu se rendre compte que le médicament délivré contenait des proportions de mercure très différentes les unes des autres.

Aujourd'hui, l'accord est fait entre les spécialistes sur la préparation

qui semble le mieux tolérée. Celle à 40 p. 100 a été définitivement adoptée. Il serait donc nécessaire que les médecins n'en prescrivissent pas d'autres et surtout prissent le soin de l'indiquer sur leurs ordonnances.

Mais là ne gît pas la principale difficulté. Celle-ci réside dans le mode de préparation de l'huile grise. Ainsi M. Lafay nous apprend encore que les pharmaciens, toujours à la recherche d'une préparation homogène permettant d'éviter la précipitation du mercure, ont utilisé tour à tour l'huile d'olives, la vaseline, l'huile de vaseline, la lanoline, l'onguent napolitain, tantôt isolés, tantôt associés.

Récemment, notre collègue avait proposé une formule, qui paraissait excellente.

Permettez-moi de vous la rappeler :

Mercure purifié.....	40 grammes.
Lanoline anhydre pure stérilisée.....	12 —
Vaseline.....	13 —
Huile de vaseline médicinale stérilisée.....	35 —

Dans cette préparation, l'huile grise a une consistance butyreuse. Il faut donc la tiédir pour l'utiliser. En général la chaleur de la main, pourvu que l'application de celle-ci ait une durée suffisante, suffit pour la fluidifier. Mais supposez un praticien pressé, exposant le mélange à une température trop élevée, celui-ci cessera d'être homogène et une notable proportion du mercure tombera au fond du flacon.

A l'avant-dernière séance de la Société médicale des hôpitaux, notre excellent collègue et ami, M. Queyrat, a montré que, dans un flacon d'huile grise formule Lafay, le mercure, après immersion de la préparation, pendant 5 minutes, dans l'eau à 50°, se divise en trois zones : l'une, supérieure, renfermant 18 p. 100 de Hg.; la seconde, moyenne, 32,5 p. 100; enfin la troisième, inférieure, 65 p. 100.

On conçoit que le contenu d'une seringue, remplie dans des conditions si différentes, puisse produire les effets les plus variables, tantôt insuffisants, tantôt au contraire susceptibles d'être toxiques.

Aussi M. Queyrat a-t-il proposé une nouvelle formule, destinée à éviter de si graves inconvénients.

Cette formule résulte encore des recherches persévérantes de M. Lafay ; la voici :

Mercure purifié.....	40 grammes.
Lanoline anhydre pure stérilisée.....	13 gr,50.
Oléo-naphtine.....	46 gr,50.

L'oléo-naphtine est une huile de vaseline pure, ayant toujours la même densité.

Cette huile grise aurait l'avantage d'être parfaitement homogène et

fluide à $+15^{\circ}$. Il suffit de l'agiter pour augmenter sa liquéfaction et répartir également le mercure. En outre, elle serait très bien tolérée par les malades et ne causerait aucune douleur.

De son côté, M. Duret, l'auteur du baume qui porte son nom, préconise une huile grise, dont la palmitine, corps gras neutre, constitue l'excipient. Ce corps serait soluble dans l'organisme, puisqu'il existe dans la graisse humaine, et serait ainsi entraîné dans le torrent circulatoire.

J'ajoute qu'il y aurait intérêt à ce que des ampoules de diverses contenances fussent préparées, renfermant exactement la dose que l'on désire injecter.

La chose existe déjà et je vous demande la permission de faire passer sous vos yeux plusieurs ampoules, que m'a confiées le Dr Salmon. Les ampoules, de la contenance chacune de 1 centimètre cube, renferment des quantités de mercure différentes : 5, 8, 50 centigrammes.

L'une d'elles semble très pratique, en ce qu'elle est munie, à l'intérieur, d'une petite boule de verre qui permet par l'agitation un mélange plus intime.

Je souhaiterais que ce système se généralisât. Le dosage exact du médicament serait ainsi facilité et nos confrères pourraient se servir de la vulgaire seringue de Pravaz qui se trouve entre les mains de chacun de nous.

En résumé, nous assistons dans le domaine pharmaceutique à un travail de perfectionnement, qui n'est pas encore terminé et doit retener notre hâte de vulgarisation de l'huile grise en tant que traitement fondamental de la syphilis.

2^e Arguments d'ordre technique. — Les partisans de l'huile grise nous disent que les désastres relevés à son actif, et en particulier les cas de mort dont elle s'est rendue coupable, ne doivent être imputés qu'à des imprudences inexcusables ou plutôt à des fautes opératoires, qu'une technique éclairée permet désormais de prévenir.

Je tiens précisément à insister sur les difficultés de cette technique, sur les multiples détails dont elle exige l'accomplissement, si l'on veut avec certitude se mettre à l'abri des accidents. Ces détails, je les ai déjà indiqués à la Société médicale des hôpitaux dans la séance du 16 novembre 1906, à l'occasion de la discussion qui eut lieu à la suite de la communication de M. Letulle sur un cas de mort consécutive à des injections d'huile grise. Je vous demande la permission de vous les rappeler.

Il faut d'abord un outillage spécial, la seringue de Barthélemy, qui est calibrée de telle façon que chaque division répond à 1 centigramme de mercure métallique. Or cet instrument a l'inconvénient d'être cher. La plupart des médecins ne possèdent que la seringue de Pravaz, qui ne permet pas le dosage exact de l'huile grise ; elle ne tient pas compte

en effet de la déperdition mercurielle causée par l'arrêt de l'huile dans l'aiguille. Or la perte, de ce fait, est assez considérable; elle a été évaluée à 15 milligrammes de mercure pour une aiguille de 5 centimètres et à 20 milligrammes quand l'aiguille atteint une longueur de 7 centimètres. La seringue de Barthélemy est conditionnée de telle façon qu'elle seule est capable d'éviter ces erreurs.

Avant de s'en servir, faut-il encore s'assurer que l'aiguille ne présente sur son trajet aucune fissure.

S'il en était autrement, pendant l'injection, une petite quantité d'huile pourrait pénétrer dans le tissu cellulaire et être la cause de nœli et d'abcès.

Je suppose que vous ayez en mains la seringue de Barthélemy et une aiguille parfaite, il importe maintenant de repérer le point que vous devrez piquer :

Pour M. le professeur Fournier, le lieu d'élection est le tiers supérieur de la fesse. Barthélemy recommandait le milieu d'une ligne joignant le sommet du sillon interfessier à l'épine iliaque antéro-supérieure.

La zone dangereuse est celle qui répond aux vaisseaux et au nerf sciatique. Elle est constituée par une région qui s'étend à 3 centimètres au-dessus et au-dessous d'une ligne commençant à deux travers de doigt en dehors de l'épine iliaque postérieure et supérieure et aboutissant au point d'intersection du pli fessier et de l'axe médian de la face postérieure de la cuisse.

C'est dans cette région que se trouve le point d'émergence du nerf sciatique.

Votre point choisi, vous procéderez à l'asepsie de la peau à l'aide des moyens ordinaires et remplirez ensuite votre seringue.

Si l'huile est solide, il est indispensable, pour la fluidifier, de ne pas dépasser une température de 30°. Autrement, ainsi que je l'ai fait remarquer plus haut, l'émulsion serait détruite et le mercure se précipiterait. Aussi y a-t-il grand avantage à choisir l'émulsion tout récemment préparée par M. Lafay et recommandée par M. Queyrat.

Gardez-vous maintenant d'oublier que l'injection doit être faite en deux temps. On adapte d'abord la seringue vide à l'aiguille et on enfonce celle-ci profondément de haut en bas et de dehors en dedans dans le tissu musculaire.

S'il s'agit de sujets obèses, il faut avoir le soin de choisir une aiguille d'une longueur de 7 centimètres. On aspire alors, en tirant le corps de pompe, de façon à savoir si aucun vaisseau n'a été lésé. La pénétration de quelques gouttes de sang dans la seringue oblige à retirer l'aiguille et à piquer un endroit voisin. Gare à l'embolie pulmonaire et à ses conséquences désastreuses, si l'on ne prenait cette précaution.

L'injection terminée, il faut, en tendant la peau, retirer brusquement

seringue et aiguille pour éviter l'épanchement d'une minime quantité d'huile grise dans le tissu sous-cutané.

Eh bien ! malgré l'observation stricte de tous ces détails, malgré les précautions dont vous pourrez vous entourer, il y a deux accidents dont vous n'êtes pas absolument maîtres : la douleur tardive après l'injection, et la stomatite à longue échéance, stomatite parfois épouvantable, si la dose de mercure a été forte ou si la résorption du métal a été excessive, après enkystement au sein du tissu musculaire.

Aussi suis-je effrayé du traitement abortif préconisé par M. Duhot. Ce traitement consiste, vous le savez, au début de la syphilis, en 20 injections, très rapprochées les unes des autres, d'huile grise, à la dose de 14 et 15 centigrammes de Hg. chacune.

Notre distingué confrère n'aurait jamais eu d'intoxication sérieuse ; je l'en félicite sincèrement ; néanmoins je n'oserais pas l'imiter, me souvenant des 3 cas de mort à l'hôpital Saint-Louis, en 1905, cas rapportés par M. Hallopeau.

J'ajoute enfin, qu'avant de procéder à une piqûre d'huile grise, le médecin a le devoir de s'enquérir de l'état général du sujet. Il ne faut pas croire que tous les syphilitiques soient aptes à recevoir des injections. Doivent en être exclus : les vieillards, les débilités et à plus forte raison les cachectiques, les artérioscléreux, les alcooliques invétérés, les goutteux, en raison de l'état de leur foie, et, pour clore cette longue liste, les albuminuriques, à moins que leur néphrite ne soit d'origine syphilitique, problème toujours difficile à résoudre. On ne saurait donc procéder avec trop de prudence.

Or, je me demande, non sans quelque raison, si la majorité de nos confrères, non spécialistes, et, par conséquent, non entraînés à ce mode de mercurialisation, prendra toutes les précautions imposées par un traitement nécessitant une technique aussi délicate et une sélection aussi particulière des malades.

3° Arguments d'ordre clinique. — Malgré la difficulté que présente la préparation de l'huile grise, malgré les précautions que nécessite son mode de pénétration dans l'organisme si l'on veut éviter le risque d'accidents graves, il y aurait lieu de passer outre si cette méthode donnait des résultats thérapeutiques indiscutablement supérieurs aux autres procédés de mercurialisation. Malheureusement, en ce qui me concerne, il n'en est rien.

Ainsi que l'a dit mon collègue Queyrat dans la séance de la Société de médecine des hôpitaux du 23 novembre 1906, le meilleur moyen de constater l'efficacité thérapeutique d'une médication hydrargyrique est de suivre attentivement les modifications d'une éruption spécifique cutanée. Il ne faut pas considérer les accidents muqueux, justiciables surtout des moyens externes et en particulier de la cautérisation.

La syphilide de choix est la forme papuleuse, dont la durée est

habituellement de 2 à 3 mois au moins, si elle ne subit l'action du mercure. La roséole au contraire, après une durée de 4 semaines en moyenne, est appelée à disparaître spontanément.

Eh bien ! récemment encore et en vue de la discussion de ce jour, j'ai revu très attentivement 6 observations, qui témoignent du peu d'efficacité de l'huile grise.

Mes 6 malades étaient atteints de syphilides érythémato-papuleuses et papuleuses confluentes. L'un d'entre eux même avait des syphilides ulcéreuses précoces. Ils se trouvaient donc dans les conditions requises.

N'obtenant que des résultats thérapeutiques médiocres, cinq fois, j'ai dû substituer aux injections d'huile grise l'injection de calomel. Trois fois celle-ci a produit des effets que je puis qualifier de merveilleux.

Parallèlement aux injections d'huile grise, j'ai étudié les modifications qui se produisent du côté du sang [sous l'influence de ce mode de mercurialisation,

Voici en quelques mots très brefs le résumé de ces 6 observations :

Obs. I. — Syphilide érythémato-papuleuse, durant depuis 15 jours.

Quatre injections d'huile grise en 25 jours : 3 à 7 centigrammes de mercure métallique ; la 4^e à 10 centigrammes.

La teneur en mercure a pu être évaluée exactement, puisque toutes mes injections ont été faites à l'aide de la seringue de Barthélemy.

Sept jours après la dernière injection et 1 mois et demi après le début de la syphilide, les taches roses de l'érythème étaient encore nettement apparentes et les papules se résorbaient très lentement.

J'ai recouru à une injection de calomel de 10 centigrammes.

Sept jours après, la syphilide érythémateuse avait disparu et partout, je puis dire, les papules étaient transformées en macules. Je n'ai pu compter en effet que 6 papules faisant encore une très légère saillie.

A noter, après la 2^e injection d'huile grise, une diarrhée intense avec douleurs.

Les recherches hématologiques ont donné des résultats contradictoires, et je n'y insiste pas.

Obs. II. — Syphilides graves naissantes : papulo-squameuses, papulo-croûteuses, ulcéreuses.

Dans l'espace de 18 jours, 4 injections d'huile grise : 2 injections à 7 centigrammes de mercure ; 2 autres à 10.

Après la 1^{re} injection, plutôt aggravation et extension de l'éruption ; ulcérations multiples.

Après la 4^e, les ulcérations commencent à se cicatriser et les papules s'aplatissent un peu.

Le nombre des globules rouges et blancs, qui, avant la 1^{re} injection, était de 2 540 000 et de 3 600, remontait après la 4^e, à 3 380 000 et 4 800. Il existait donc encore de l'anémie globulaire.

Je laisse de côté les oscillations de l'hémoglobine, dont la valeur exacte, à l'aide des moyens dont nous disposons, est très difficile à apprécier.

Ici, une injection de calomel de 10 centigrammes n'a pas modifié beaucoup les accidents, mais a porté les leucocytes au chiffre de 31 600.

Contre notre gré, le malade a voulu sortir.

Obs. III. — Depuis 1 mois, syphilide à grosses papules.

Dans l'espace de 10 jours, 2 injections d'huile grise à 10 centigrammes de Hg. chacune.

Après la 2^e injection, atténuation des papules, mais persistance de saillies encore très appréciables.

Nécessité de suspendre la médication à cause d'une stomatite.

A noter une douleur, qui a persisté 7 jours à la suite de la 1^{re} injection et qui n'avait pas encore complètement disparu, 13 jours après la seconde.

Sang normal avant et après le traitement.

Obs. IV. — Récidive de grosses papulo-croûtes du cuir chevelu. Celles-ci avaient disparu une première fois presque complètement sous l'influence de 4 injections de biiodure de 2 centigrammes par jour.

Dans l'espace de 16 jours, 3 injections d'huile grise de 10 centigrammes de mercure chacune. Les injections de biiodure n'avaient pu être continuées à cause de la douleur.

Pas de modifications appréciables de la syphilide.

En revanche, augmentation du nombre des globules rouges et des leucocytes.

Avant la 1^{re} injection d'huile grise : 3 270 000 et 4 800; après la 3^e : 4 940 000 et 10 000.

Une injection de calomel, de 10 centigrammes amène la disparition des papulo-croûtes.

A noter des douleurs dans le membre inférieur à la suite de la 2^e et de la 3^e injections d'huile grise, douleurs apparues le lendemain et 3 jours après.

La 1^{re} n'avait provoqué aucun trouble de la sensibilité.

Obs. V. — Syphilide érythémato-papuleuse à prédominance papuleuse depuis 10 jours.

Dans l'espace d'un mois, 4 injections d'huile grise de 10 centigrammes de mercure chacune.

- Au bout de ce temps, disparition de l'érythème, mais persistance des papules, les unes aplaties, les autres stationnaires; ce n'est qu'une injection de calomel de 10 centigrammes, qui achève de transformer en macules à peu près toutes les papules.

- Les 2 premières injections produisent une anémie globulaire et une diminution du chiffre des leucocytes. Avant le traitement : 4 340 000 et 8 400; après les 2 injections : 3 580 000 et 5 600.

Les 2 dernières relèvent les globules rouges et provoquent même une légère leucocytose : 4 520 000 et 11 200.

A noter une douleur apparaissant 2 jours après la piqûre et entravant les mouvements; les 3 autres piqûres ont été bien supportées.

Oss. VI. — Depuis 8 jours, syphilide papuleuse confluyente constituée par de grosses papules.

Dans l'espace de 25 jours, 3 injections d'huile grise : 2 injections à 10 centigrammes ; la 3^e, à 14 centigrammes de mercure métallique.

Après la 3^e injection, quelques papules transformées en macules ; toutes les autres encore très saillantes.

Il faut l'injection de calomel de 10 centigrammes pour généraliser la métamorphose maculeuse.

Pas d'anémie globulaire ; pas de leucocytose.

A la suite de la 1^{re} et de la 3^e injection, le malade a souffert ; la 1^{re} surtout a provoqué des douleurs, qui ont entravé le sommeil pendant 6 nuits.

Vous voyez que, dans tous ces cas, l'effet de l'huile grise a été précaire ou au moins bien lent.

La statistique de Stoukownikoff, de Kieff, est encore plus significative que la mienne, puisqu'elle porte sur 53 malades. Or cet auteur conclut à l'effet curatif peu énergique des injections d'huile grise. Il ajoute même, qu'à la suite de ce moyen, les récidives sont fréquentes ; il les aurait observées dans 30 p. 100 des cas. Je n'ai pas eu l'occasion de constater le fait.

En résumé, d'après les malades que j'ai pu suivre attentivement, quand on compare, sans parti pris, les effets produits par l'huile grise et le protoiodure de mercure, je n'hésite pas à dire que l'avantage reste à ce dernier, surtout s'il est administré à la dose de 20 centigrammes par jour. Mon regretté prédécesseur Mauriac avait du reste fait déjà la même remarque.

Mais la forme pilulaire est mauvaise ; j'ai l'habitude de prescrire le protoiodure en cachets, d'après la formule suivante, qui met à l'abri du durcissement :

Protoiodure d'hydrargyre.....	5 centigrammes.
Poudre d'opium brut.....	1 ou 2 centigrammes.
Poudre de quinquina.....	Q. S.

pour remplir un petit cachet de la contenance de 15 centigrammes.

C'est le traitement de fond que j'applique aux syphilis d'intensité moyenne, et jusqu'ici je n'ai eu qu'à m'en louer.

On reproche à ce traitement de produire des troubles gastro-intestinaux et hépatiques. En réalité, ils sont très rares, quand on sait diriger la cure.

Conclusions :

Les injections d'huile grise, en tant que traitement habituel de la syphilis, ne doivent être appliquées, à mon avis, qu'à des cas restreints.

1^o Elles seront réservées aux malades dont l'estomac est intolérant ou a besoin d'être ménagé, parce que, conjointement au mercure, un autre

médicament, l'iodure de potassium par exemple, a lieu d'être administré par la voie interne.

2° Elles trouveront encore leur indication chez les sujets qui, à cause de la susceptibilité de leur peau, ou pour des raisons d'un autre ordre, ne peuvent accepter les frictions.

3° On les appliquera aux patients qui refusent les injections de mercure soluble, d'un effet plus rapide, soit parce que leurs occupations ne leur permettent pas de se rendre quotidiennement chez le médecin, soit parce qu'ils ne sont pas en état de supporter les sacrifices pécuniaires imposés par un pareil traitement.

4° L'huile grise sera enfin indiquée, lorsqu'on se trouvera en présence d'un syphilitique négligent au point de ne pas se traiter, s'il n'était mis en demeure de venir chaque semaine recevoir l'injection réclamée impérieusement par son état.

Considérations sur les injections d'huile grise.

Par M. E. FOURNIER.

En 7 années, de 1900 à 1906, j'ai fait sur 312 malades 6 446 piqûres d'huile grise.

Je ferai remarquer immédiatement que je n'ai noté ici que les malades que j'ai vus et soignés au minimum pendant plusieurs mois et auxquels j'ai fait au moins une série de 5 piqûres consécutives.

Je noterai de même que je ne parle ici que des malades soignés par moi dans mon cabinet et dont j'ai très régulièrement pris les observations. Par conséquent, je passe sous silence toutes les observations des malades que j'ai été appelé à soigner à l'hôpital, au Midi lorsque j'avais l'honneur d'être l'interne du D^r Balzer, à Saint-Louis pendant mes années d'externat, d'internat et de clinicat dans le service de mon père; et j'imagine que durant ces 5 années j'ai bien dû faire quelques milliers de piqûres d'huile grise, mais de celles-là, dont je n'ai pas pris note, je ne veux pas parler ici.

Or, sur ce total de 312 malades ayant reçu en tout 6 446 piqûres d'huile grise, j'ai noté sur 14 malades 17 accidents.

Le mot accident est bien gros, car 6 de ces accidents ne sont que des stomatites très légères ou même ne sont notés dans mes observations que comme des menaces de gingivite.

Au surplus, voici le dénombrement de ces accidents. Je les ai groupés sous les cinq chefs suivants :

Piqûres très douloureuses.

Piqûres évacuées.

Stomatites très légères.

Stomatites moyennes.

Stomatites graves.

Dans le premier groupe d'accidents — *piqûres très douloureuses* — je note un accident.

Un malade, A..., officier étranger, a reçu en 1903, 6 piqûres d'huile grise. Une de ces piqûres a été très douloureuse et a immobilisé le malade au lit pendant 3 ou 4 jours.

Je ne sais pas encore aujourd'hui le pourquoi de ces douleurs. Depuis lors j'ai fait de très nombreuses piqûres d'huile grise, en suivant la même technique, et jamais pareil accident ne s'est renouvelé.

J'ai un malade à qui j'ai fait 41 piqûres d'huile grise, un autre à qui j'en ai fait 48, un autre à qui j'en ai fait 54, un autre à qui j'en ai fait 117, et cela sans provoquer le moindre accident, sans déterminer de douleur notable, je puis l'affirmer.

Dans le second groupe — *piqûres évacuées* — je note sur 3 malades 5 piqûres évacuées.

Or, pour le dire immédiatement, il s'agit ici d'abcès aseptiques. Jamais il n'y a eu dans ces abcès de véritable pus. Toujours la matière évacuée était semblable à du chocolat, et chez deux de mes malades cette formation d'abcès, cette évacuation pour mieux dire, s'est faite sans douleur, sans réaction inflammatoire, pour ainsi dire à l'insu des malades.

J'ai eu ainsi en tout 5 piqûres évacuées chez 3 malades.

Chez une première malade, M^{me} B..., j'ai fait, en 1901, 10 piqûres d'huile grise dont 2 ont été évacuées, et évacuées, sans douleur. Depuis lors cette malade a encore reçu 52 piqûres semblables, mais sans aucun incident fâcheux.

Je noterai seulement qu'à la suite de ces deux évacuations, et cela pendant plusieurs années, ont persisté deux macules noires qui ont disparu maintenant mais qui ont dû gêner considérablement ma cliente, une très belle demi-mondaine.

Chez une seconde malade, M^{me} C..., j'ai fait, en 1901, 7 piqûres d'huile grise. Une de ces piqûres a été évacuée, mais je n'ai pas noté sur ma fiche si cette évacuation s'était ou non accompagnée de phénomènes douloureux.

Je n'ai pas eu l'occasion de faire de nouvelles piqûres à cette malade.

(Chez une troisième malade, M^{me} D..., j'ai fait, en 1901, 6 piqûres d'huile grise, dont 2 ont été évacuées et sans provoquer aucun phénomène douloureux. Depuis lors cette malade a encore reçu 15 piqûres semblables — et sans accident nouveau.

De ces différents faits, j'ai tiré pour moi-même cet enseignement :

Ces 5 évacuations sont survenues après des piqûres faites en 1901, à une époque où je faisais mes piqûres beaucoup moins profondes qu'actuellement.

Je noterai aussi que ces 5 évacuations se sont produites sur 3 malades femmes, et que ces 3 femmes avaient des fesses remarquablement adipeuses. J'ai la conviction intime que ces abcès tiennent à ce fait qu'insuffisamment profondes mes piqûres ont laissé la matière injectée dans le tissu adipeux, et que non absorbées elles ont joué là le rôle de corps étrangers et déterminé un petit foyer de nécrose, plus tard évacué sous forme de bouillie chocolat.

Dans le troisième groupe — *stomatites très légères* — je note 6 accidents survenus chez 6 malades, et comme je le disais précédemment, c'est à tort que j'appelle ces stomatites « accidents », car toutes étaient si légères que deux d'entre elles sont notées dans mes observations comme de simples menaces de gingivite.

Toujours est-il qu'elles sont notées, et comme telles je crois devoir les éiter.

Toutes se sont produites au cours de séries de traitement par piqûres d'huile grise — traitement ayant consisté deux fois en 8 piqûres; une fois en 12 piqûres; une fois en 13; une fois en 36; une fois en 48.

Toutes ont été extrêmement légères et mériteraient vraiment mieux le nom d'incidents que d'accidents.

Dans le quatrième groupe — *stomatites moyennes* — je note 4 accidents survenus chez 3 malades.

Sur un premier malade, M. E..., je note deux atteintes de stomatites; une première atteinte en 1900 au cours d'une série de 13 piqûres. Cette première atteinte a été surtout douloureuse. Une seconde atteinte beaucoup moins douloureuse, en 1904, au cours d'une série de 8 piqûres.

Ce malade, particulièrement sensible au mercure, a eu, d'ailleurs, une troisième atteinte de stomatite et celle-ci plus grave encore que les deux précédentes, en 1902, alors qu'il faisait une série de frictions mercurielles à doses moyennes.

Sur une seconde malade, M^{me} F..., j'ai fait, en 1900, 5 piqûres d'huile grise et 13 piqûres de calomel pour des accidents fort graves qui avaient résisté à différents autres traitements, institués pourtant dans cet hôpital, et notamment à un traitement par des injections de sels solubles, et qui guérissent complètement à la suite de ces 18 injections insolubles.

Il est vrai qu'au cours du traitement par les injections d'huile grise, la malade eut une stomatite d'intensité moyenne, pas assez grave pourtant pour que la malade voyant arriver sa guérison, ne m'ait prié de continuer tout de même mes piqûres. Ce que je ne fis qu'après guérison de la stomatite.

Mais je rappelle ce détail pour bien démontrer que cette stomatite n'était pas un accident très grave.

Enfin chez un troisième malade, M. G..., je relève une stomatite d'intensité moyenne survenue au cours d'une série de 9 piqûres d'huile grise, faites en 1900.

Depuis lors j'ai fait à ce malade 32 piqûres d'huile grise et 46 piqûres de calomel sans que pareil accident se soit renouvelé.

Dans le 5^e groupe — *stomatites graves* — je relève 1 accident survenu chez une malade.

C'est là vraiment le seul accident digne de ce nom que j'aie eu à enregistrer dans toute ma pratique d'injections d'huile grise, et l'on verra tout à l'heure que cet accident est plus imputable encore à mon imprudence qu'à la méthode elle-même.

Cet accident est survenu chez une malade qui avait, en 1903, subi une ovariectomie et chez laquelle, postérieurement, un chirurgien consulté avait parlé de la possibilité d'une hydronéphrose.

En 1906, appelé à soigner cette malade pour des accidents relevant d'une spécificité ancienne, je ne pus, pour des raisons spéciales, avoir recours ni aux frictions, ni aux pilules, ni aux injections journalières.

Je me décidai alors à faire, à des doses très minimes, des injections d'huile grise.

Je fis, en 22 jours, 5 piqûres de 2 centigrammes de mercure chacune, après m'être assuré de l'état normal des urines.

Quatorze jours après la dernière piqûre, débuta une stomatite qui dura une quarantaine de jours et qui fut intense et fort douloureuse.

Cette stomatite guérit d'ailleurs intégralement et la malade est aujourd'hui en parfait état de santé.

Faut-il, véritablement, en ce cas, incriminer la méthode? Je ne le crois pas, et aujourd'hui encore je me demande si avec des frictions ou avec toute autre méthode je n'aurais pas provoqué semblable accident.

J'imagine que si j'avais durant 20 jours injecté chaque jour 1 centigramme de biiodure, j'aurais atteint au bout de ce temps une dose de mercure supérieure à celle que contenaient mes 5 piqûres d'huile grise et que la stomatite aurait dû se produire aussi bien dans un cas que dans l'autre.

Voici, aussi scrupuleusement relevée que possible, la série d'ennuis que j'ai eus dans ma pratique médicale avec les injections d'huile grise.

En résumé, j'ai eu, avec 6446 piqûres d'huile grise, 17 accidents.

Mais pour rester dans une note équitable et avant d'établir un pourcentage, je crois que je puis éliminer de ce chiffre de 17 accidents :

1° Les 5 piqûres évacuées, accidents qui véritablement doivent relever d'un défaut de technique et dont la méthode n'est pas responsable.

2^o Je crois aussi qu'on peut éliminer les 6 stomatites très légères que j'ai observées et qui sont des accidents, des incidents que comporte toute autre méthode d'administration du mercure.

En ce cas il ne resterait donc plus à compter, pour un total de 6446 piqûres faites sur 312 malades, qu'un ensemble de 6 accidents : 1 piqûre très douloureuse, 4 stomatites moyennes et 1 stomatite grave.

Et encore dans ce groupe de 6 accidents je compte :

Une piqûre très douloureuse, genre d'accident que je ne crois pas spécial à la méthode des injections insolubles et dont j'aurais à citer au moins un cas aussi grave et aussi douloureux survenu à la suite d'une injection de sels solubles.

Je compte encore une stomatite grave dont je ne crois pas seule coupable cette méthode des injections insolubles.

Je compte encore ces deux stomatites survenues chez un malade dont la susceptibilité au mercure semble démontrée par ce fait qu'il eut une troisième stomatite, plus grave encore que les deux premières, au cours d'un traitement par frictions mercurielles.

En tout cas et pour compter aussi largement que possible et en comprenant ces derniers accidents comme résultats possibles de la dite méthode, je reste avec cet ensemble de 6 accidents pour 6446 piqûres, ce qui fait un pourcentage de 0,09 p. 100. Moins d'un accident pour 1000 piqûres.

Or est-ce là un danger que l'on puisse mettre en parallèle, que l'on puisse mettre en balance avec les bienfaits, avec les cures merveilleuses qu'on obtient avec cette méthode ?

Je voudrais pouvoir dire ici toutes les guérisons remarquables qu'ont réalisées les piqûres d'huile grise, guérisons obtenues, au moins pour certaines d'entre elles, après échec des autres méthodes et notamment après échec de la méthode des sels solubles.

Qu'on me permette seulement de rappeler l'histoire de cette malade, femme du monde tombée dans la misère et soignée à l'hôpital Saint-Louis durant deux années pour une plaie phagédénique de la face et du cou.

Cette syphilide avait résisté à toutes sortes de traitements, et notamment à un traitement prolongé par les sels solubles.

Aussi devant l'échec de ces différents traitements cette syphilide avait-elle été considérée comme plaie de nature tuberculeuse et avait-elle été traitée comme telle, avec un semblable insuccès.

Or 18 piqûres, tant d'huile grise que de calomel, provoquèrent chez cette malade une stomatite, c'est vrai, mais aussi une guérison radicale, complète, vraiment surprenante.

Qu'on me permette aussi de rappeler ici la si curieuse et si convaincante observation que m'a communiquée ces jours-ci M. le Dr Oudin :

« Le 23 avril 1906, le Dr X..., médecin au Brésil, m'est amené par le Dr Gaston Bloch. Il vient à Paris subir l'amputation de la verge pour un épithélioma du gland. Ce malade, âgé de 35 ans, a eu autrefois la syphilis; aussi quand il a vu, il y a 18 mois, paraître sur la verge une tumeur qui s'est rapidement ulcérée, a-t-il commencé de suite un traitement spécifique. Il a pris pendant 2 mois des pilules de protoiodure qui n'ont amené aucune amélioration, et après, il a fait plus de 100 piqûres de sels solubles, benzoate et bioiodure, cela sans le moindre résultat. L'ulcération a continué à progresser, l'inutilité de ces traitements mercuriels a fait confirmer le diagnostic d'épithélioma par plusieurs médecins américains et anglais qu'il a consultés avant de venir à Paris.

La verge a un volume considérable et une consistance ligneuse presque jusqu'à sa base. Le gland est le siège d'une énorme ulcération qui en a détruit environ les deux tiers inférieurs; un peu au-dessous du gland l'ulcération a envahi le canal, la miction se fait par la plaie. Pas de ganglions.

Le malade vient me demander si je crois que la radiothérapie puisse être tentée avec succès avant d'en venir à l'amputation. L'aspect de l'ulcération son fond lisse, ses bords décollés, sans bourgeonnement, me firent rejeter de suite le diagnostic épithélioma; et je proposai au malade des piqûres d'huile grise que j'eus grand-peine à lui faire accepter, en raison de l'inutilité des traitements antérieurs.

À la troisième piqûre l'induration de la verge avait déjà bien diminué et l'ulcération commençait à se déterger et à se cicatriser sur les bords. Après la septième piqûre la guérison était complète, l'ulcération cicatrisée, la verge avait repris sa consistance normale. Il ne restait plus qu'une fistule urinaire en peu au-dessous du frein.

Pour les quatre premières piqûres j'ai injecté la seringue de Barthélemy pleine d'huile grise préparée par Vigier; pour les trois dernières, les deux tiers de la seringue. Le malade a eu une stomatite assez sévère après la septième piqûre. »

Loin de moi, bien entendu, l'intention d'attaquer cette méthode des sels solubles, qui a, il faut le reconnaître, ses très bons côtés et qui d'autre part est si vivement recommandée par les autorités les plus importantes.

Je voulais seulement montrer une fois de plus les bénéfices vraiment considérables, immenses, que l'on peut retirer de la méthode des injections d'huile grise; je voulais aussi montrer une fois de plus combien en certains cas elle est supérieure, infiniment supérieure à la méthode des injections solubles auxquelles je me permettrai, en terminant, d'adresser deux reproches :

De ces reproches voici le premier : C'est une méthode impraticable par excellence, au moins dans un très grand nombre de cas; c'est, en second lieu, une méthode dangereuse de par ses résultats souvent insuffisants.

S'il est possible, en effet, dans la classe riche et aisée, d'imposer au malade la nécessité d'un médecin venant lui faire chaque année au

moins 180 visites, ce qui représente 6 mois de traitement ; ou bien s'il est possible de laisser à un malade éclairé, capable de prendre toutes les précautions nécessaires, s'il est possible, dis-je, de laisser à tel malade le soin de se faire lui-même ses piqûres ;

Cela n'est plus possible quand il s'agit de l'ouvrier qui ne peut payer 180 visites de médecin, — qui ne peut davantage perdre 180 malinées par an pour venir au dispensaire ou à l'hôpital chercher ses piqûres de sel soluble, qui peut encore moins se faire lui-même ses piqûres, parce qu'il n'en a ni le temps, ni les instruments, ni les moyens.

Et alors qu'arrive-t-il en ce cas ? Ce que maintes fois déjà j'ai pu constater à la consultation.

En interrogeant des malades qui venaient avec une manifestation grave de syphilis, je m'étonnais de leur négligence à se traiter. « Que voulez-vous, me répondaient-ils, il m'est impossible de venir tous les matins à l'hôpital. J'aime mieux retarder ma guérison que perdre ma place. »

Et je le répète à dessein : tous ces malades qui déclarent, à juste titre, ne pouvoir venir chaque matin à l'hôpital, accepteraient fort bien, j'en ai la certitude absolue de par leur réponse même, de venir une fois par semaine pour se faire faire une piqûre d'huile grise.

Et je vois là un bénéfice immense pour ces malades, qui seraient ainsi régulièrement et efficacement soignés.

Voilà, je crois, un argument qui devrait condamner cette méthode des injections quotidiennes, au moins pour ce qui est de la pratique hospitalière.

J'ai dit aussi que je croyais cette méthode dangereuse parce qu'elle me semblait insuffisante dans bien des cas.

Et de cela je ne puis mieux désirer comme démonstration que les deux cas cités plus haut : 1° Celui de cette malade guérie de cette ulcération phagédénique du cou par 18 piqûres de sels insolubles, et cela après échec complet, absolu, de toutes les autres méthodes d'administration, y compris la méthode des sels solubles.

2° Celui du malade du Dr Ondin, prêt à subir une amputation de la verge pour une ulcération qui avait résisté à tous traitements, tant d'ingestion que d'injection de sels solubles, et qui guérit si miraculeusement entre ses mains après 7 piqûres d'huile grise.

Et je rappelle encore que dans ces deux cas l'échec des traitements par les injections solubles avait été si complet que dans les deux cas le diagnostic de syphilis avait été abandonné et remplacé par celui de tuberculose et de cancer.

Quel triomphe, pourrait-on véritablement dire, pour les injections d'huile grise !

A coup sûr cette méthode n'est pas sans présenter quelques dangers : mais ces dangers ne sont pas tous inévitables ; ils restent en tout cas

rares, exceptionnels, et quels qu'ils soient, je ne crois pas qu'on puisse les mettre en balance avec les bienfaits vraiment considérables que présente dans son ensemble la pratique des injections d'huile grise.

M. CHARMEIL. — Depuis 40 ans, d'une manière presque exclusive dans mon service d'hôpital, et habituelle dans ma pratique privée, je traite les syphilitiques par les injections d'huile grise.

A l'hôpital, pendant 3 à 4 ans, j'ai pratiqué moi-même les injections, si bien qu'en affirmant que j'ai fait personnellement environ 12 000 piqûres je reste plutôt en dessous de la réalité. Sur ce nombre considérable, pas un accident. Chez moi, un seul malade tabétique a présenté non pas une stomatite, mais de la salivation.

Depuis 6 ans, ce sont mes collaborateurs ou mes élèves qui font les injections à l'hôpital. J'ai observé de-ci de-là quelques accidents, surtout des stomatites le plus souvent bénignes; une seule a été grave, sans amener du reste la mort de la malade.

J'ai observé une seconde stomatite sérieuse, mais c'était chez une femme partie d'un service voisin où elle avait été soumise, non pas aux piqûres d'huile grise, mais aux injections solubles de benzoate d'hydrargyre. Au point de vue de l'efficacité de la méthode, j'en ai toujours été satisfait.

En résumé, je considère, après une expérience déjà longue, que l'administration de l'huile grise dans le traitement de la syphilis est la médication habituelle de choix.

M. MILLAN. — Le médecin ne peut juger les injections d'huile grise que s'il les pratique lui-même, comme a fait M. Charmeil. J'en ai fait moi-même un très grand nombre sans accident. J'administre ordinairement la dose de 7 centigrammes de Hg.; mais je pense avec M. Dubot que les hautes doses sont également bien tolérées. Il m'a semblé que plus les syphilides sont nombreuses, plus la tolérance du malade pour le mercure est grande; tout se passe comme si l'abondance des spirochètes neutralisait en quelque sorte le mercure injecté, et vice versa. J'ai observé un malade couvert de syphilides secondaires chez qui un médecin avait injecté par erreur pendant 2 mois les doses considérables de 2 centimètres cubes d'huile grise par semaine. Ce malade n'eut aucun signe d'intoxication, et depuis lors il n'a présenté aucun accident syphilitique. C'est là un cas de tolérance extraordinaire pour le mercure.

Les injections sont faites ordinairement tous les 7 jours; il y a souvent intérêt à les rapprocher un peu et à les faire tous les 6 jours; cet intérêt existe surtout dans les cas de glossite, surtout de glossite décapillante qui tendent à récidiver sans cesse.

On n'observe pas d'accidents locaux, quand on a une bonne technique. Tout le monde sait que l'injection doit être intramusculaire; mais parfois l'injection est déposée sur une aponévrose, et c'est là une cause de douleur profonde qu'il est difficile d'éviter. Les injections que j'ai faites sur l'animal m'ont montré que l'huile grise déposée en plein muscle est facilement absorbée; quand celle-ci est déposée dans le tissu cellulaire sous-cutané ou sur un aponévrose, elle produit, non un abcès comme on le répète trop souvent,

mais un hématome, réaction normale du tissu conjonctif vis-à-vis du mercure. Les nodi sous-cutanés tiennent au dépôt d'huile dans la graisse sous-cutanée à l'aller ou au retour. On évite ce dépôt à l'aller en n'amorçant pas l'aiguille, qu'on pique à vide. On l'évite au retour en retirant l'aiguille en deux fois, ce qui essuie le mercure qui bave à la pointe, en passant entre les muscles. On y arrive également en injectant une huile grise *solide* et qu'on a laissée se resolidifier dans la seringue. L'huile grise solide a moins de chance de refluer dans le tissu sous-cutané au moment de l'extraction de l'aiguille.

Chez les syphilitiques tertiaires, l'huile grise est au point de vue toxicité générale un des produits mercuriels le moins bien tolérés. Il y a des syphilitiques, tabétiques ou non, qui supportent très bien le calomel et qui ne tolèrent pas l'huile grise. Pour en juger et prévenir les accidents généraux, j'attache une grande importance à la « *neurasthénie mercurielle* » ; celle-ci consiste en ce que, le soir même ou le lendemain de l'injection, le malade a de l'asthénie, de la courbature, une grande fatigue générale. Ces symptômes relèvent sans doute de l'atteinte des capsules surrénales, car le mercure est un poison surrénal, comme le montre l'expérimentation ; ils indiquent que le malade tolère mal le médicament, qu'il est en imminence d'intoxication et qu'il vaut mieux renoncer à l'huile grise. Chez de tels sujets, pourtant à la limite de tolérance de l'huile grise, on peut injecter le calomel qui, fait paradoxal en apparence, est mieux supporté.

Je crois que les phénomènes décrits par M. Émery sous le nom de « *grippe mercurielle* » sont des phénomènes d'intoxication, et qu'ils ne sont pas dus à l'introduction du mercure dans les veines. Ils ne surviennent qu'après une imprégnation d'une certaine durée. On peut comparer ces phénomènes à la colique de plomb de l'intoxication saturnine. L'assimilation entre les deux intoxications peut être poussée plus loin, car j'ai décrit ici même un liséré mercuriel.

Enfin on a signalé quelques cas de mort ; mais cette issue fatale peut être évitée si l'on recourt à l'ablation chirurgicale des nodosités. Cette ablation s'impose toutes les fois qu'on se trouve en présence d'accidents menaçants. Elle est facilitée par la radiographie qui permet de préciser avec une exactitude mathématique le siège du dépôt mercuriel.

M. BALZER. — Je suis de l'avis des orateurs qui viennent de plaider si éloquemment en faveur de l'huile grise. Il faut néanmoins rappeler qu'on a cité plusieurs cas de mort à la suite des injections. Ajoutez que tous les cas mortels n'ont pas été publiés et que, dans l'espace d'un an, on en a compté cinq à six à l'hôpital Saint-Louis. J'estime que, pour être exact, il faudrait doubler la statistique des morts par injection d'huile grise. Quelles que soient les atténuations que l'on puisse fournir pour de tels faits, il devient de plus en plus impossible de n'en être pas frappé.

J'injecte la dose de 7 centigrammes de mercure par semaine. On peut assurément élever cette dose jusqu'à 10 centigrammes de mercure par injection : les malades que vient de nous présenter M. Duhot témoignent suffisamment de la tolérance de l'organisme pour ces doses élevées. Mais je ferai remarquer que ce sont des hommes vigoureux et d'un état général parfait ; tous les syphilitiques ne se présentent pas dans des conditions aussi satisfaisantes.

De plus, n'y a-t-il pas réellement quelque danger à injecter des doses aussi considérables de mercure ? Nous ne savons pas s'il ne surviendra pas, le lendemain ou le surlendemain de l'injection, quelque affection intercurrente telle, par exemple, que la grippe régnant en ce moment, qui affaiblisse la tolérance de l'organisme pour le mercure. Quand je crois utile d'augmenter les doses de ce métal, je préfère donner en même temps des pilules de mercure, pilules qu'on peut supprimer dès qu'il survient une menace d'intoxication.

Enfin, je répondrai à M. Milian que l'extirpation chirurgicale des nodi n'est pas toujours possible. Dans un cas de mort cité récemment par M. Letulle, il fut impossible de retrouver, à l'autopsie, aucun des foyers d'injection. On ne peut donc pas compter toujours sur le traitement chirurgical pour éviter une issue fatale. L'intervention chirurgicale est possible pour les préparations insolubles telles que le calomel ; elle peut présenter les plus grandes difficultés pour l'huile grise qui fuit dans les interstices musculaires et qui a beaucoup moins de tendance à s'enkyster.

A l'exemple de Scarenzio, l'initiateur des injections massives, beaucoup d'auteurs, qui avaient employé les doses élevées sont revenus ensuite à des posages modérés. Sachons profiter de leur expérience basée sur des revers parfois mortels (Scarenzio, Smirnoff, etc...). Tout récemment, notre collègue M. Bodin, qui était autrefois partisan des doses considérables de mercure, est revenu aux doses modérées dans un article de la *Presse Médicale*.

Aussi, ne disons pas aux praticiens que les injections d'huile grise sont une méthode de traitement inoffensive et qu'il n'y a pas de danger à injecter des doses élevées de mercure ; ces doses doivent être exclues du traitement de la syphilis commune et réservées aux cas graves ou rebelles, et cela encore avec une surveillance spéciale.

M. MILIAN. — Il est vrai que, dans le cas rapporté par M. Letulle et que M. Balzer vient de rappeler, on n'a pu retrouver à l'autopsie les foyers d'injection ; mais on aurait pu les constater, par la radiographie, dès le début des accidents.

D'autre part, sur le vivant, le chirurgien trouve facilement les foyers d'ordène et de congestion et même les hématomes, tandis que tout cela disparaît sur le cadavre.

M. BALZER. — On ne peut songer à recourir au traitement chirurgical en face d'accidents qui semblent d'abord peu graves et qui ne le deviennent que dans la suite, et alors les indications de la radiographie pourraient bien être insuffisantes en ce qui concerne l'huile grise.

M. LEREDDE. — Nos collègues ont dit de l'huile grise le bien que j'en pense moi-même, et qui m'a déterminé à l'employer comme moyen régulier du traitement de la syphilis. Sur certains points, mes opinions diffèrent de celles qui ont été émises et, en particulier, je ne suis pas d'accord avec M. Duhot, qui emploie l'huile grise à doses fortes pendant le cours du traitement de la syphilis normale.

L'huile grise ne doit pas, à mon sens, être employée comme moyen de traitement intensif, parce qu'il y a un certain danger à élever les doses d'une

préparation qui se résorbe lentement et assez irrégulièrement. Comme M. Duhot, je n'observe plus d'accidents syphilitiques chez les syphilitiques que je soigne, mais j'arrive à ce résultat en faisant des périodes de traitement pendant lesquelles je n'injecte pas plus de 0^{sr},08 à 0^{sr},10 de mercure par semaine sous forme d'huile grise. Si ce traitement suffit dans la règle à empêcher les manifestations de la syphilis, c'est celui que l'on doit employer de préférence. Une dose d'un centigramme de mercure par jour ou un peu plus, suffit au traitement des syphilis normales, les faits d'observation le démontrent.

La statistique très intéressante que nous a communiquée M. Edmond Fournier démontre amplement la valeur de l'huile grise et son innocuité. Je crois qu'il ne faut pas cependant opposer comme il l'a fait le traitement par l'huile grise au traitement par les injections solubles qui ont leurs indications et leurs avantages. Le fait qu'il a cité d'un malade non guéri par des injections solubles et guéri par des injections d'huile grise d'un syphilome de la verge, ne démontre pas l'infériorité des injections solubles, si la dose de mercure introduite chaque jour sous cette forme était inférieure à celle qui fut introduite ensuite sous forme d'huile grise.

Au point de vue de l'action sur les lésions syphilitiques, on ne peut parler de la valeur des injections solubles et insolubles en soi : car tout dépend de la dose de mercure absorbée chaque jour par l'organisme.

...

Je regrette que M. Gaucher, qui a fait le procès de l'huile grise, ne soit pas ici pour nous donner des renseignements complémentaires sur les accidents qu'il a observés. A l'heure présente, ces accidents paraissent dus à deux causes uniquement : 1° à des erreurs de dosage sur lesquelles on a suffisamment insisté, et je ne puis que me rallier à l'opinion de M. Emery, demandant que, sur chaque flacon d'huile grise mis dans le commerce, le médecin trouve les indications relatives aux doses à introduire ; 2° à une absence de soins du côté de la muqueuse buccale, qui a amené la stomatite.

Les malades de la clientèle hospitalière ont habituellement les dents dans un état déplorable. Il n'est pas toujours possible d'éviter la stomatite, même si ces dents sont nettoyées, bien plus, si on ne leur donne pas, si on ne leur impose pas les précautions nécessaires. Comme tous les modes de traitement actifs de la syphilis, l'huile grise expose à la stomatite. Mais on n'aura jamais d'accidents en ville, si les malades prennent les précautions nécessaires — je n'en ai jamais ou pour ma part. On n'en aura pas à l'hôpital, si on prend ces précautions et si on renonce à l'huile grise dans les cas où l'état de la bouche est trop mauvais.

Les frictions, les pilules même ont causé autrefois des morts par stomatite. Aujourd'hui les stomatites graves et mortelles peuvent être dues à l'huile grise, elles le seront demain à tout moyen actif de traitement de la syphilis, si on ne tient pas compte de la nécessité de désinfecter la bouche au préalable et pendant le traitement, dans les cas où on fait un traitement sérieux, surtout si on fait des injections de préparations insolubles.

Dans aucune des observations d'accidents graves dus à l'huile grise, je n'ai vu que l'état de la muqueuse buccale ait été pris en considération, et ceci

me paraît suffire à leur enlever la valeur qu'on serait tenté de leur attribuer et à empêcher de renoncer à un mode de traitement excellent et précieux, pourvu qu'il soit employé à propos et en connaissant, comme pour tous les autres modes, ses inconvénients propres.

M. QUEYRAT. — Il est certain que, dans la pratique hospitalière, les malades sont dans de moins bonnes conditions que sont ceux de la ville pour supporter les injections d'huile grise; ils ont une mauvaise dentition, prennent peu de soins de leur bouche, continuent pour la plupart à boire et à fumer; même dans ces conditions défectueuses, on a bien peu d'accidents à noter. A l'hôpital Cochin-Ricord, j'ai pratiqué l'an dernier plus de dix mille injections dont 5 500 payantes, sans accident grave.

J'ai observé un certain nombre de cas de stomatite chez des hommes qui faisaient de la bicyclette; je crois qu'ils étaient dus à une résorption rapide du mercure par suite de la contraction musculaire exercée sur l'huile injectée.

Les cas de mort publiés ne sont guère démonstratifs; il y a des malades qui prennent du mercure en dehors des injections; j'en ai vu qui, recevant des injections d'huile grise à l'hôpital Cochin-Ricord, allaient en outre prendre des pilules à la consultation de l'hôpital Saint-Louis. Dans un des cas mortels, la malade avait été atteinte de stomatite à la suite de 12 injections d'huile grise; on continua le traitement par des injections de benzoate; on lui en fit sept; la stomatite s'aggrava; je pense que l'huile grise ne peut être rendue complètement responsable de la mort qui survint.

Le fait de M. Metulle, qu'on vient de citer, ne me paraît pas plus probant à cet égard.

M. ED. FOURNIER. — Il est impossible d'opposer les quelques cas de mort publiés aux innombrables bienfaits de la méthode. Le chloroforme a, lui aussi, des cas de mort à son actif et beaucoup plus nombreux que l'huile grise; personne n'hésite cependant à y avoir recours.

M. LÉVY-BING. — Je ne reviendrai pas sur le mode de préparation de l'huile grise ni sur la technique des injections insolubles, qui sont actuellement bien mis au point et qui ont été parfaitement exposés dans le rapport de M. Lafay.

Mais il me paraît utile de faire ressortir les trois points principaux qui se dégagent de la discussion qui vient d'avoir lieu.

Tout d'abord, la nécessité de fixer une fois pour toutes une formule définitive pour la préparation de l'huile grise. En effet, le titrage de l'huile grise varie de 7 à 40 p. 100, et c'est là une des nombreuses causes d'erreur pour les médecins qui ne sont pas très familiarisés avec les préparations mercurielles. Il est d'ailleurs tout à fait inexplicable qu'un médicament aussi largement employé et aussi répandu ne figure même pas dans le Codex français.

En second lieu, il est remarquable de constater que plus un syphiligraphe fait d'injections d'huile grise, moins il a d'accidents, et ceci confirme bien ce que je ne cesse, pour ma part, de répéter, c'est-à-dire qu'avec une technique bien réglée et une bonne préparation, chez des malades bien surveillés, on ne doit jamais observer d'accidents. Et, à ce point de vue, les statistiques

que viennent de nous apporter M. Edmond Fournier et M. Charmeil sont bien typiques. Sur les 6300 injections d'Ed. Fournier et les 15 000 faites par M. Charmeil, on ne note que quelques accidents insignifiants. Je viens y ajouter mes injections d'huile grise au nombre de 12 000, qui ont été toutes notées soigneusement au jour le jour, chez des malades suivis pendant longtemps, et qui n'ont jamais causé le moindre incident local ni aucun phénomène d'intoxication. Il serait tout-à-fait intéressant que tous les syphiligraphes qui ont l'habitude de manier l'huile grise viennent apporter leurs statistiques et forment ainsi bloc, avec un chiffre considérable d'injections, toutes pratiquées sans aucun accident sérieux, contre les quelques cas de mort attribués à cette méthode. D'ailleurs quand on serre ces observations d'un peu près, comme vient de le montrer si bien M. Queyrat, on constate qu'elles ne sont pas à l'abri de tout reproche et l'on y trouve un certain flou, en particulier pour ce qui concerne les doses injectées, l'état de la bouche et le fonctionnement du filtre rénal.

Enfin, la question des doses semble définitivement fixée ; la dose habituelle d'huile grise pour des adultes de poids moyen, c'est-à-dire de 50 à 60 kilos, reste la dose de 0,07 centigrammes de Hg. par semaine. Bien entendu, cette dose est variable suivant les cas et suivant les individus, et très souvent j'injecte jusqu'à 0,14 centigrammes de Hg. tous les six ou sept jours, chez des hommes et même chez des femmes jeunes qui supportent facilement cette quantité ; il est prudent cependant de ne jamais la dépasser, et cela pour deux raisons : d'abord parce que cette dose de 0,14 centigrammes est suffisante pour venir à bout de tous les accidents syphilitiques et ensuite parce qu'il ne faut pas introduire dans l'organisme de trop fortes réserves de mercure qui, sous l'influence d'une affection intercurrente, d'une grippe par exemple, pourraient être trop rapidement solubilisées et causer une intoxication hydrargyrique.

En résumé, les injections d'huile grise constituent, pour réaliser le traitement chronique intermittent de la syphilis, le médicament idéal et permettent, à elles seules, d'assurer une mercurialisation complète et sûre d'une spécificité pendant toute son évolution ; médicament idéal, car il est à la fois d'une efficacité et d'une rapidité d'action remarquables et d'un maniement véritablement très pratique.

Je n'ajouterai qu'un mot à propos de la remarque faite par Edmond Fournier au sujet des injections solubles de biiodure ou de benzoate. Il est parfaitement exact que certains accidents tenaces ne cèdent qu'aux injections insolubles et en particulier à celles d'huile grise ; alors que, traités par les injections de biiodure de Hg. même à très hautes doses (doses journalières de 4, 5 et même 6 centigrammes, que nous avons été les premiers à préconiser, mon regretté maître Barthélemy et moi et dont nous avons rapporté les résultats ici-même en 1902), ces accidents récidivent sans cesse, soumis aux injections d'huile grise, ils disparaissent définitivement. Ce qui ne veut pas dire que les sels solubles sont inefficaces ; loin de moi cette pensée ! Mais, s'ils agissent avec une très grande rapidité, leur action dure peu ; ils sont très utiles pour enrayer ou guérir un accident, mais ils ne préviennent pas les récidives aussi bien que les injections d'huile grise, qui assurent à l'organisme une mercurialisation lente, mais continue.

Réflexions sur l'huile grise.

Par M. A. FOURNIER.

Je suis grand admirateur de l'huile grise, je l'ai souvent employée et je l'utilise encore très fréquemment. Mais je crois que c'est rendre mauvais service à un médicament que de ne vanter que ses qualités et de taire ses défauts. Aussi, je voudrais apporter quelques correctifs aux éloges qui viennent d'être décernés à l'huile grise; je n'ai pour cela qu'à consulter mes notes et à vous résumer quelques-unes de mes observations.

1. — Homme, 29 ans. Syphilis au début, 2 injections d'huile grise. Chacune détermine des douleurs « épouvantables », qui débutent dès le 3^e ou 4^e jour et se prolongent une quinzaine. A chaque injection, 7 à 10 jours de lit.

2. — Homme, 26 ans. Syphilis au début. Une injection d'huile grise à 7 centigrammes de Hg. Douleur très violente, avec fièvre. Trois jours de lit. « Déclare ne plus vouloir entendre parler d'un tel traitement ».

3. — Homme, 25 ans. Syphilis au début. Une injection d'huile grise, faite par notre si regretté collègue le Dr Barthélemy. Douleurs « terribles » survenant le 2^e jour après l'injection. — Vient réclamer de moi un autre traitement, « forcé, me dit-il, de renoncer à celui-ci qui le martyrise ».

4. — Homme, 43 ans. Glossite tertiaire. A subi 15 injections de calomel, qui toutes ont été très douloureuses. A dû y renoncer et alors a fait trois essais d'injections d'huile grise. Celles-ci ont été encore plus douloureuses, « atroces »; pendant 3 jours; à la suite de chacune d'elles, alitement forcé, sorte de « paralysie de la jambe », énervement, insomnie, etc.

5. — Autre genre d'accidents. Homme, 40 ans. Tabes. Cinq injections d'huile grise. A la suite de la dernière, coliques atroces; diarrhée profuse; dit être allé sur le vase « plus de cent fois » en une nuit, et cela jusqu'au sang. Puis stomatite qui dégénère en gingivite de forme hypertrophique, avec décollement.

Je pourrais citer d'autres observations semblables à celles-ci.

Il ne faut pas dire : qu'importent 3 ou 4 cas de mort sur des milliers d'injections? Déplorable argument, qui n'exonère en rien le remède. Puis, tous les faits désastreux n'ont pas été publiés.

Ainsi, un très digne confrère m'a confié l'observation suivante :

Un homme affecté d'une syphilis déjà quelque peu ancienne présente des accidents d'encéphalopathie spécifique. Il en est traité par des injections mercurielles solubles, et il se rétablit.

A quelque temps de là survient une rechute. Cette fois on met en œuvre des injections d'huile grise. Six de ces injections sont pratiquées suivant la formule usitée et sans accidents, notamment sans accidents de stomatite. Les manifestations cérébrales s'amendent. Mais, 6 semaines après la dernière injection, surviennent des phénomènes menaçants de stomatite. Salivation très abondante, odeur fétide, tuméfaction extraordinaire des gencives, ulcéra-

tions multiples de la bouche, puis phénomènes gangreneux, affaissement, adynamie, et, finalement, en dépit de tous les soins, *mort*, et mort par stomatite, sans autres symptômes.

Il suffit d'un seul cas analogue à celui que je viens de vous signaler pour refroidir l'ardeur des plus enthousiastes de la méthode.

On vient de dire que le chloroforme a ses morts ; mais personne ne voudrait employer le chloroforme pour une opération insignifiante, et nous ne manquons pas de lui substituer l'anesthésie locale toutes les fois que cela nous est possible. Eh bien, je demande qu'on agisse de même pour l'huile grise : employons-la toutes les fois qu'elle nous paraît indiquée, mais ne l'utilisons pas avant d'en avoir reconnu l'*indication*.

Le Secrétaire :

L. BRODIER

SÉANCE SUPPLÉMENTAIRE DU 21 MARS 1907

Présidence de M. Alfred Fournier.

SOMMAIRE. — Correspondance. — Pharmacologie de l'huile grise, par M. LAFAY. — Note sur les injections d'huile grise, par M. HALLOPEAU. (Discussion : MM. EMERY, DANLOS, E. FOURNIER.) — Pharmacologie de l'huile grise (analyse d'une note de M. Duret), par M. DANLOS. — Modifications à apporter à la posologie de l'huile grise, par M. EMERY. (Discussion : MM. E. FOURNIER, HALLOPEAU, EMERY, LÉVY-DING, LAFAY, BALZER, LENGENT.) — Étude d'une nouvelle formule d'huile grise, par M. LAFAY. — Réponse à M. LAFAY au sujet d'une nouvelle formule d'huile grise, par M. DANLOS. (Discussion : MM. A. FOURNIER, QUEYRAT.)

Correspondance.

Lettre de M. le professeur Troisfontaines, disant que, contrairement à l'assertion de M. Duhot, l'usage des injections mercurielles et en particulier de l'huile grise est déjà ancien à la clinique dermatologique de Liège et remonte à l'époque où il a pris possession de la chaire de maladies vénériennes.

Pharmacologie de l'huile grise.

Par M. L. LAFAY.

L'huile grise n'est pas une préparation *officinale*, de composition fixe et réglée par le Codex ; elle « varie beaucoup, suivant les médecins qui la formulent et les pharmaciens qui la préparent » (BROcq, *Bullet. méd.*, 1906, p. 39).

Cette constatation n'empêche, du reste, ni les médecins de prescrire l'huile grise sans en mentionner le pourcentage en mercure, ni les pharmaciens de préconiser, sans cesse, de nouvelles préparations, toutes mieux stérilisées (!), plus indolores, et plus idéalement tolérées les unes que les autres ! La pratique pharmaceutique journalière démontre, en effet, que sur 20 ordonnances de provenances diverses il y en a bien 15 qui ne portent aucune indication quant à la composition du produit et à son titrage en mercure, laissant ainsi au pharmacien la charge et l'embarras de délivrer telle préparation qu'il jugera pré-

férable. Pour ce qui est des observations médicales et des discussions qui en résultent, les choses ne se passent guère différemment : qu'il s'agisse de résultats heureux, d'insuccès ou même d'accidents graves, il n'est pas rare, il est presque de règle qu'on oublie de préciser et même de mentionner le titrage en mercure de la préparation utilisée.

Cette négligence — disons le mot — de quelques médecins n'a d'égale que la rage — le terme n'a rien d'excessif en la circonstance — des pharmaciens à multiplier sans raison plausible les formules de cette préparation. Actuellement âgé de 20 ans, l'*oleum cinereum* de Lang n'a, en effet, cessé de varier dans sa composition suivant les époques et les préparateurs, non seulement quant à l'excipient, mais aussi, et c'est là surtout le point important, quant à sa teneur en mercure. Pendant que la proportion de métal allait de 41,41 à 40 et 50 p. 100, on utilisait tour à tour l'huile d'olive, la vaseline, l'huile de vaseline, la lanoline, l'onguent napolitain, tantôt isolés, tantôt associés dans les proportions les plus diverses.

Et encore n'avons-nous pas l'intention de comprendre, dans l'énumération de ces transformations successives, les multiples dilutions à 0,05, 0,06, 0,07..., 0,10, 0,12... centigrammes de Hg. par centimètre cube, dilutions que nous avons été, je crois, les premiers à expérimenter systématiquement, M. le Dr Sabouraud et moi, il y a sept à huit ans, et que nous avons bientôt abandonnées, parce que beaucoup moins bien tolérées que le produit à 40 p. 100, dont on n'injecte qu'un très petit volume ; ce qui n'a, du reste, pas empêché de les réinventer dernièrement, de les déclarer excellentes, et de les préconiser comme réalisant un perfectionnement susceptible de faire étape dans la carrière des injections mercurielles insolubles !

Ces considérations sur les variations de formules de l'huile grise peuvent paraître oiseuses dans cette enceinte ; elles sont, au contraire, d'un intérêt considérable dans la pratique, ainsi que nous sommes à même, nous autres pharmaciens, de nous en rendre compte tous les jours. Quand on s'adresse à des praticiens qui sont, comme la plupart des membres de cette Société, des spécialistes ès hydrargyre et parlent huile grise comme leurs aînés parlaient protoiodure, point n'est besoin de rappeler certains détails qui leur sont familiers. Il n'en est malheureusement plus ainsi quand ces discussions, franchissant le seuil des Sociétés savantes, arrivent aux oreilles de la masse des praticiens : les sous-entendus n'étant plus alors monnaie courante, ce sont, au contraire, les questions de détail, de pratique journalière, de posologie exacte, de technique bien précise et limitée, etc... qui éveillent leur curiosité et retiennent leur attention, surtout quand il s'agit d'une médication relativement nouvelle et intéressante comme l'huile grise.

Aussi serais-je désireux, — moins dans votre intérêt personnel que dans celui de vos confrères non spécialistes, encore insuffisamment familiarisés avec cette thérapeutique spécifique, ainsi que pour le plus grand bien de vos malades et la responsabilité du pharmacien, — de vous entendre formuler, avec l'autorité qui s'attache à cette Société en général, et à son vénéré Président en particulier, la teneur en mercure qui vous semble préférable au double point de vue de la tolérance et de l'efficacité thérapeutique, et établir en quelque sorte la pharmacologie de cette médication.

La teneur en mercure a oscillé, ainsi que nous l'avons dit déjà, de 11,11 à 50 p. 100 : 11,11 ; 16 ; 20 ; 33,33 ; 40 et enfin 50 p. 100, pour ne rappeler que les principales variantes dont les propagateurs ont nom en syphiligraphie.

Quelle est, de toutes ces formules, celle que vous préférez, d'après votre expérience personnelle ? Laquelle désirez-vous voir devenir classique et en quelque sorte *officinale* ? Laquelle devra délivrer le pharmacien quand l'ordonnance ne stipulera aucun pourcentage en mercure ?

Telle est la question que nous devons tout d'abord solutionner, question intéressant à la fois le médecin, le malade et le pharmacien : le médecin, pour qu'il n'injecte pas une demi-seringue d'huile à 40 p. 100 quand il croit injecter de l'huile à 16 p. 100 (le fait existe) ; le malade, pour qu'il reçoive assez et pas trop de métal ; le pharmacien, pour qu'il sache quel produit il doit délivrer et qu'il ne contribue pas involontairement à provoquer des méprises dont quelques-unes ont parfois coûté la vie au patient.

A ce point de vue, l'opinion des syphiligraphes est à peu près arrêtée : l'huile grise à 40 p. 100 a aujourd'hui rallié le plus grand nombre des suffrages, c'est elle que le médecin conseille le plus souvent, et que le pharmacien délivre quand l'ordonnance ne spécifie aucune teneur en mercure. L'expérimentation clinique démontre en effet qu'à puissance thérapeutique égale c'est l'huile à 40 p. 100 qui est la mieux tolérée par les tissus, en raison du faible volume qu'il suffit d'injecter.

A côté de cette huile grise, et à la demande de M. le Dr Edmond Fournier, j'ai préparé, il y a 6 ou 7 sept ans, une huile deux fois et demie plus faible, c'est-à-dire à 16 p. 100 de mercure. Cette formule offre l'avantage de simplifier considérablement le calcul et le dosage : elle contient 20 centigrammes de métal par centimètre cube, soit 1 centigramme par division de la seringue de Pravaz ordinaire, à 20 divisions. Elle est surtout destinée aux médecins non spécialistes qui ne sont pas pourvus de la seringue spéciale aux injections d'huile grise, et peuvent ainsi, avec une seringue quelconque, injecter une dose exacte de mercure, ce qui n'est guère faisable avec l'huile à 40 p. 100, comme nous le verrons plus loin.

Telles sont les deux seules formules que nous croyons rationnel de proposer à l'appréciation de la Société.

I. — PRÉPARATION DE L'HUILE GRISE A 40 p. 100.

Dans tout ce qui va suivre, nous n'aurons en vue que l'huile à 40 p. 100, la variété à 16 p. 100 n'offrant aucune particularité intéressante, et n'étant en réalité que de l'huile à 40 p. 100 additionnée de quantité suffisante d'excipient.

La préparation de l'huile grise comprend :

- A. La purification du mercure ;
- B. Le choix de l'excipient ;
- C. La préparation proprement dite.

A. PURIFICATION DU MERCURE. — Le mercure contient fréquemment des métaux étrangers qui y sont dissous à l'état d'amalgame Sn, Cu, Bi, Pb, Zn ; il peut aussi être souillé par des matières en suspension ou des pellicules qui ternissent sa surface. Il doit donc toujours être soumis à une purification méticuleuse avant d'entrer dans la composition d'un produit destiné à la voie hypodermique.

Pour arriver à ce résultat, les procédés sont nombreux, les uns utilisant les agents physiques (filtration, distillation, courant d'air, etc.) ; les autres, et c'est le plus grand nombre, ayant recours aux agents chimiques qui attaquent les métaux étrangers avant le mercure ou même sans action sur ce dernier. Entre toutes ces méthodes le pharmacien n'a pas à choisir : il doit suivre le procédé du Codex français, que je transcris fidèlement :

<i>Rp.</i> Mercure du commerce.....	2000 grammes.
Acide azotique.....	20 —

« Introduisez le mercure dans un flacon en verre fort, de capacité suffisante, avec l'acide préalablement étendu de deux fois son volume d'eau. Prolongez le contact pendant vingt-quatre heures, en agitant fréquemment la masse. Au bout de ce temps, enlevez par décantation la portion surnageante qui emporte avec elle les métaux étrangers ; lavez à grande eau le mercure, et séchez-le avec soin.

Ainsi purifié, le mercure doit offrir une surface très brillante, ne pas laisser sur une surface blanche de traînée métallique, et se dissoudre entièrement dans l'acide azotique officinal. Cette solution, évaporée à siccité, doit donner un résidu qui disparaît complètement par la calcination. »

B. CHOIX DE L'EXCIPIENT. — L'huile grise étant un médicament officinal, c'est-à-dire qui ne peut se préparer rapidement et au moment du

besoin, le choix de l'excipient joue un rôle capital dans cette préparation. Il doit posséder les qualités suivantes :

1° Les corps qui le constituent ne seront pas seulement exempts d'éléments étrangers, chacun d'eux devra subir en outre une purification parfaite, de façon à être tout à fait pur et de réaction neutre.

2° Ces substances devront être aussi inaltérables que possible, et surtout ne pas rancir, de façon à assurer au produit une conservation facile, complète, et pour ainsi dire indéfinie.

3° De par sa constitution chimique, cet excipient devra fournir aux microbes un milieu de culture très défavorable, il sera complètement stérilisable et devra demeurer tel, à moins qu'une cause externe ne vienne le souiller ultérieurement.

4° Sa consistance sera variable suivant les saisons, d'où formule d'hiver et formule d'été, qui ne différeront que par la proportion relative des composants.

5° Cette consistance sera très pâteuse ou même solide à la température ordinaire (+ 15°), de façon à maintenir parfaite l'homogénéité de la préparation ; mais elle devra, par contre, être très fusible et liquéfiable à une température sensiblement inférieure à celle du corps.

6° Outre ces qualités, en quelque sorte intrinsèques, l'excipient devra, avant tout autre avantage, offrir à l'organisme une tolérance aussi parfaite que possible : il ne sera pas toxique, ni même irritant, et ne provoquera aucune douleur soit immédiatement, soit dans la suite.

7° Enfin cet excipient devra présenter au point de vue de l'absorption ultérieure du médicament par l'organisme, une barrière suffisamment ouverte.

Parmi les formules d'huile grise qui ont été proposées, voyons celles qui se rapprochent le plus de l'excipient rêvé, tel que nous venons de le définir.

La formule primitive de Lang, contenant de l'huile d'olive (associée à la lanoline), doit être rejetée : malgré une certaine résistance à l'oxydation, l'huile d'olive ne tarde pas à rancir, et cela d'autant plus rapidement que le battage favorise au plus haut degré cette oxydation.

Cet inconvénient n'existe plus dans la formule de Neisser, ni dans celle de notre collègue, M. Balzer, qui lui est contemporaine ; mais ces deux formules ont le tort de faire entrer dans la préparation de la teinture éthérée de benjoin : 5 centimètres cubes pour 90 grammes (Neisser), et 5 grammes pour 60 grammes (Balzer), et d'être, l'une à 11,11 p. 100 de métal (Neisser), et l'autre à 33,33 p. 100 (Balzer) (Thèse Lévy-Bing, p. 215). Ces deux formules présentent en outre le gros inconvénient pratique d'avoir pour unique excipient l'huile de

vaseline, ce qui rend l'émulsion extrêmement instable, et, conséquemment, l'évaluation pondérale du mercure *injecté* très délicate, en raison de la précipitation avec laquelle l'opérateur doit faire et la prise du liquide et l'injection.

La formule de Pierre Vigier, en 1899, corrige en partie ce double inconvénient : elle porte à 40 p. 100 le titre en mercure, qui est le chiffre communément admis aujourd'hui, et elle ajoute à la vaseline liquide 25 p. 100 de vaseline solide, de façon à donner une stabilité un peu plus grande à l'émulsion. Mais elle a le tort d'éteindre le mercure avec l'onguent napolitain (2 grammes pour 39 de Hg., soit un peu plus de 5 p. 100), corps d'une aseptie douteuse, généralement rance, et susceptible de rancir encore tous les jours davantage.

La formule à laquelle je me suis arrêté, et qui a été intégralement publiée dans la thèse de Lévy-Bing (p. 216), n'est qu'indirectement mon œuvre. Ceux d'entre vous qui suivent assidûment nos séances se souviennent que, chaque fois qu'il était ici question d'huile grise, et presque chaque fois qu'on parlait injection mercurielle, une voix s'élevait pour affirmer qu'avec une bonne huile grise bien maniée, et à dose suffisante, on était certain d'obtenir tel ou tel résultat superbe ; en un mot, pour vanter l'excellence de cette préparation, pour la glorifier même. Cette voix, que nous n'entendrons pas aujourd'hui, bien qu'il s'agisse cependant d'huile grise, c'était celle du médecin enthousiaste parce que convaincu, de l'excellent praticien, du brave et honnête confrère que fut Barthélemy, à qui j'apporte ici, grâce à cette circonstance toute fortuite, mon modeste tribut de profonde et respectueuse reconnaissance.

Cette formule, à laquelle je suis arrivé par tâtonnements, n'a été définitivement arrêtée que grâce aux indications et après acceptation de Barthélemy. D'aucuns trouveront peut-être le produit qui en résulte un peu solide, mais il sera toujours facile d'obtenir une huile plus fluide en variant légèrement les proportions des composants. Barthélemy tenait essentiellement à cette consistance solide, qui assure à l'émulsion une stabilité parfaite, et permet ainsi d'injecter un poids de métal exactement défini et mathématique. Barthélemy allait même plus loin : il prétendait, d'après son expérience personnelle de tous les jours et de plusieurs années, que cette consistance le mettait à l'abri des embolies et lui permettait de faire l'injection en un seul temps. Et c'est ainsi qu'il a pu faire, sans le moindre accident, plus de 5 000 injections d'huile grise.

Malgré son apparence solide, le produit se liquéfie avec la plus grande facilité dès la température de 28 à 30°, et reste alors très fluide aussi longtemps qu'on le désire, si l'on a soin de l'agiter *après l'avoir tiédi* : l'agitation et la chaleur de la main suffisent alors à maintenir la fluidité. La nécessité de tiédir notre huile grise présente même un cer-

tain avantage au point de vue de la tolérance de la médication qui semble d'autant mieux supportée que l'on se rapproche davantage de la température du malade.

La formule à laquelle je fais allusion présente la composition suivante :

Mercure purifié.....	40 grammes.
Lanoline anhydre pure et stérilisée.....	12 —
Vaseline blanche —	13 —
Huile de vaseline médicinale stérilisée.....	35 —

pour 100 grammes de produit; soit, comme on dit communément, 40 p. 100 de mercure, c'est-à-dire encore que 100 grammes d'huile grise contiennent 40 grammes de métal, *en poids*. Nous verrons qu'en *volume* le calcul est tout différent.

Pour l'huile grise à 16 p. 100 de mercure (en volume : 20 centigrammes Hg. par centimètre cube), on prend :

Huile grise à 40 p. 100.....	40 grammes.
Excipient ci-dessus.....	60 —

soit 16 grammes de métal dans 100 grammes de produit.

C. PRÉPARATION DE L'HUILE GRISE. — Le mercure étant purifié comme on l'a vu, on stérilise séparément la vaseline, l'huile de vaseline et la lanoline, après s'être assuré que ces produits sont neutres et d'une pureté absolue.

L'aseptisation est la même pour chacun d'eux : on peut, soit les chauffer à 130° dans un vase d'Erlenmeyer pendant 20 minutes, soit les mettre directement après fusion et filtration dans un flacon à large ouverture que l'on ferme hermétiquement en assujettissant le bouchon avec un parchemin résistant, et autoclaver le tout à 130-134° pendant 20 minutes.

La vaseline, solide ou liquide, est complètement neutre, inaltérable à l'air, et non toxique.

La lanoline, constituée par des éthers de la cholestérine et de l'isocholestérine, ne rancit pas à l'air, est difficilement attaquée par les alcalis, pas du tout par les microorganismes. Elle éteint son poids de mercure en une demi-heure de trituration, mais cette propriété peut être poussée beaucoup plus loin : W. Kauffeisen (De l'examen microscopique des pommades. *Rép. de Pharmacie*, 3^e s., t. XVIII, n°8, p. 344) vient de démontrer que 10 grammes de lanoline suffisent à éteindre 50 grammes de mercure en une heure, et que la préparation ainsi obtenue, examinée au microscope, montre le mercure à un état de division qui n'a rien de comparable, au point de vue de la ténuité des

globules, à celui du meilleur onguent napolitain à base d'axonge. Cette constatation, cela va sans dire, présente un intérêt évident relativement à l'absorption du métal par voie cutanée (friction) ou hypodermique (injection).

Rappelons encore que Lassar considère la lanoline comme susceptible de pénétrer le derme jusque dans les couches profondes, plus facilement qu'aucun autre corps gras.

Reste à stériliser l'appareil dans lequel se fera le mélange : qu'il s'agisse d'un mortier à boulets, d'un mortier à pilon ou d'un véloporphyre, l'opération ne change pas. Après nettoyage soigné de l'appareil, on le flambe à l'alcool ; on y dépose la lanoline et le mercure, avant complet refroidissement, et on bat vivement jusqu'à extinction parfaite du métal, opération longue mais d'importance capitale. On ajoute alors seulement la vaseline, puis, quand le mélange est intime, on verse l'huile de vaseline. On agite vivement, et, quand la préparation par refroidissement est devenue pâteuse, on la distribue dans des flacons spéciaux de 2 centim. cubes, 5 centim. cubes et 10 centim. cubes, préalablement stérilisés à 130°.

Vous avez certainement remarqué avec quel soin on stérilise les composants de l'huile, les appareils de trituration et les flacons dans lesquels on la conserve une fois terminée. On est obligé d'opérer ainsi, parce que *l'huile grise ne doit pas être, et, de fait, n'est jamais stérilisée après sa préparation*, contrairement à ce qu'on écrit un peu partout. Non seulement cette stérilisation ultérieure serait inutile, tous les produits l'ayant été, et le mercure étant par lui-même un suffisant antiseptique, mais elle présenterait en outre, même faite à 60°, le gros inconvénient de détruire complètement l'émulsion, le mercure, de par sa densité, se séparant de l'excipient aussitôt celui-ci liquéfié. Pour la même raison, il ne faut pas, quand on tiédit le produit au moment de l'injecter, le chauffer inconsidérément et sans précaution : cette préparation, même quand elle est solide comme celle que nous délivrons habituellement, se liquéfie à une température inférieure à celle du corps, demeure très fluide à 30°, prend la consistance pâteuse vers 25°, pour ne se solidifier à nouveau qu'au voisinage de 18°.

Il serait superflu d'insister sur l'importance d'une bonne préparation, au point de vue surtout de la tolérance du médicament par les tissus. M. le Dr Duhot, de Bruxelles, a vu telle huile grise non supportée et telle autre parfaitement tolérée chez le même malade. La composition et la préparation du produit constituent la pierre d'achoppement de la médication : il est évident que, malgré la perfection de sa technique, le syphiligraphe le plus adroit risquera néanmoins d'avoir tous les ennuis de la méthode si le produit injecté laisse à désirer : trop liquide, rance, incomplètement stérile ou contaminé.

II. — CARACTÈRES PHYSIQUES.

L'huile grise à 40 p. 100 présente une teinte gris foncé *uniforme*, une odeur qui rappelle celle de la vaseline et de la lanoline. Sa consistance est solide, en été comme en hiver, grâce à la proportion des composants que l'on varie suivant la saison ; elle devient très fluide dès la température de 30°, ainsi qu'on l'a dit plus haut.

Malgré la faible densité de son excipient, l'huile grise possède un poids spécifique élevé, par suite de la présence du mercure : c'est ainsi que 1 centimètre cube pèse 1^{sr},25, et contient, par suite, non plus 0,40 mais 0,50 centigrammes de métal : $1^{\text{sr}},25 \times 0,40 = 0,50$ centigrammes.

III. — CONSERVATION.

Préparée, comme nous l'avons dit, avec du mercure purifié et un excipient pur, stérilisé et incapable de rancir, l'huile grise devient un véritable médicament officinal, de conservation en quelque sorte indéfinie. Pour l'emploi, on la distribue aussitôt après sa préparation dans des flacons stérilisés, de dimensions variables suivant l'usage auquel on les destine : pour la clientèle de ville, on emploie généralement le flacon de 2 centimètres cubes ; pour les cliniques, on utilise plutôt le flacon de 5 centimètres cubes, suffisant pour 6 à 8 injections ; le flacon de 10 centimètres cubes est réservé aux hôpitaux et aux dispensaires où l'on traite plus spécialement les maladies vénériennes.

Le choix du flacon en lui-même n'est pas indifférent ; un flacon pour injection insoluble doit répondre à une double indication pratique : rendre possible le mélange parfait du métal et de l'excipient et permettre un puisement direct et rapide. Les conditions requises sont au nombre de 6 :

1° L'ouverture devra être assez large pour que l'introduction de la seringue se fasse aisément, l'huile grise ne devant en aucun cas être transvasée dans une cupule, une capsule ou un récipient quelconque, mais puisée directement, avec la seringue elle-même, aussitôt que cesse l'agitation.

2° La face interne ne contiendra aucune rainure ni aucun angle, véritables nids à microbes et sources de difficultés pour l'homogénéité du produit.

3° Le fond ne sera pas convexe, c'est-à-dire bombé en son milieu et fuyant sur les côtés où se déposerait le métal, mais concave, condition indispensable pour l'exactitude du dosage.

4° Le bouchon sera plat à sa partie supérieure, en forme de champignon, de façon à pouvoir être déposé sur cette face plane sans contaminer sa face interne, surtout quand il s'agit des flacons de 5 et 10 centimètres cubes et que le bouchon doit être de nouveau mis en contact avec l'huile, jusqu'à épuisement du flacon.

5° Le flacon entier, bouchon compris, après avoir été lavé, rincé à l'eau distillée et séché, sera stérilisé à 130°, car il ne sera, une fois rempli, l'objet d'aucune stérilisation ultérieure.

6° Il ne sera jamais rempli que très incomplètement, de façon à permettre une agitation énergique du contenu.

La maison Leune a bien voulu construire sur ces indications un flacon qui répond à tous ces desiderata. Bien que ce modèle soit déposé

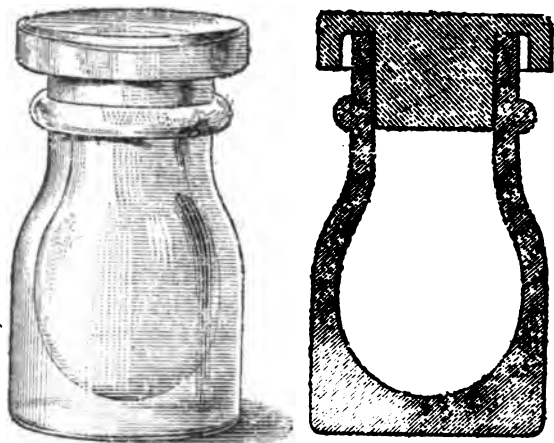


FIG. 1. — Flacon aseptique du Dr LAFAY (Modèle déposé).

comme étant ma propriété, j'ai autorisé le fabricant à le vendre à tous mes confrères qui peuvent ainsi l'utiliser, pour leurs injections insolubles, s'il le désirent.

Il va sans dire, conséquemment, que l'ampoule doit être absolument rejetée pour l'huile grise et les injections insolubles en général.

IV. — INCOMPATIBILITÉS.

L'huile grise n'est stable que si elle a une consistance pâteuse, ou mieux encore butyreuse ; on ne devra pas la porter à une température notablement supérieure à celle du corps, vu que la chaleur de la main, avec l'agitation, suffisent à la fluidifier. Il faut donc éviter, quand, pour gagner du temps, on la tiédit au bain-marie ou au contact d'une source de chaleur quelconque, de la chauffer inconsidérément : on détruirait ainsi l'homogénéité de la préparation, et le mercure tomberait au fond du flacon avec une telle rapidité que le dosage du produit en serait évidemment faussé.

Nous sommes convaincu que, parmi les accidents graves attribués à l'huile grise, un certain nombre sont dus à ce qu'on a injecté non de l'huile grise homogène, mais du mercure presque pur ainsi déposé au

fond du flacon par suite de la décomposition du produit provoquée par une chauffe exagérée.

V. — ASSOCIATIONS.

Contrairement à ce qui a lieu avec la plupart des préparations mercurielles, l'huile grise n'a besoin ni d'adjuvant ni de correctif. L'injection est par elle-même indolore, et la douleur consécutive est également insignifiante dans la grande majorité des cas : « Elle possède tous les avantages des injections insolubles, et n'a pas l'inconvénient d'être douloureuse. » (Thèse Lévy.)

L'adjonction d'un analgésique nous semble donc pour le moins inutile ; tel est aussi l'avis qu'émettait ici-même notre collègue Lévy-Bing, à la séance de janvier 1905, à propos de la présentation d'une huile grise rendue indolore au moyen d'un anesthésique : « L'huile grise bien préparée et injectée selon les règles n'est jamais douloureuse ; il y a lieu de s'étonner qu'on recherche un moyen de la rendre indolore, alors qu'elle l'est déjà naturellement. »

Quoi qu'il en soit, aucune addition ne devra être faite sans l'avis formel du médecin, sinon il pourrait en résulter pour le malade de sérieux inconvénients, et même une véritable intoxication si l'analgésique était plus ou moins toxique et ajouté en quantité importante.

VI. — POSOLOGIE.

Avec l'huile grise à 16 p. 100 de métal le dosage est facile : 20 centigrammes de Hg. par centimètre cube, soit 1 centigramme par chaque division de la seringue d'Edmond Fournier, ou tout simplement de la seringue de Pravaz à vingt divisions. L'injection peut donc se faire avec n'importe quelle seringue sans que l'exactitude du prélèvement ait à en souffrir. Cette huile grise à bas titre n'a du reste été créée que pour permettre un dosage exact aux praticiens non spécialistes ou non pourvus de la seringue spéciale de Barthélemy.

Avec l'huile grise classique à 40 p. 100, la posologie est beaucoup plus délicate, et l'entente est loin d'être parfaite, même entre spécialistes. Certains médecins croient, disent et n'hésitent pas à écrire que l'huile grise à 40 p. 100 contient 40 centigrammes de Hg. par centimètre cube ou seringue de Pravaz, confondant ainsi les deux numérations, pondérale et volumétrique. Mais si les maîtres ès hydrargyre savent ne pas confondre gramme et centimètre cube quand il s'agit de l'huile à 40 p. 100, et sont à peu près d'accord sur la quantité qu'il convient d'en injecter, on ne s'en douterait guère à les entendre. Pour évaluer cette quantité, beaucoup comptent par gouttes ; d'autres par divisions de la seringue ou du piston, sans spécifier s'il s'agit de la

seringue ordinaire de 1 centimètre cube, de la seringue d'Edmond Fournier, ou de celle dite « à huile grise » de Barthélemy ; quelques-uns parlent de tours de vis, pendant que le petit nombre emploie la seule numération vraiment logique : le centigramme.

Avec l'huile grise à 40 p. 100, cette évaluation pondérale est très simple, théoriquement du moins, que l'on emploie la seringue de Pravaz ordinaire, celle d'Edmond Fournier ou celle de Barthélemy.

Seringue de Pravaz ordinaire : Un centimètre cube d'huile grise pèse non pas 1 gramme, mais 1^{er},25 ; la quantité de métal qui s'y trouve contenu n'est plus dès lors de 40, mais de 50 centigrammes. La seringue de Pravaz ordinaire mesurant 1 centimètre cube renfermera ainsi 50 centigrammes de mercure. Si elle est divisée, comme elle l'est d'habitude, en 20 parties égales, chacune de ces 20 divisions représentera 2^{es},5 de mercure ($\frac{0,50}{20} = 0,025$) ; si elle est au contraire divisée en 10 parties seulement, il va sans dire que la proportion de mercure par division sera double de la précédente, soit 5 centigrammes. ($\frac{0,50}{10} = 0,05$).

Seringue d'Edmond Fournier : Chaque division correspond comme capacité, à une division de la seringue de Pravaz divisée en 20 parties égales, et renferme ainsi 2^{es},5 de mercure ; mais, comme le diamètre de cette seringue est très étroit, les divisions sont beaucoup plus espacées que dans la précédente et permettent conséquemment une mensuration plus rapide et plus exacte.

Ces deux seringues présentent une même cause d'erreur : elles n'ont pas prévu dans leur graduation la perte résultant du contenu des aiguilles, perte qui atteint 1^{er},5 avec l'aiguille de 5 centimètres, et 2 centigrammes avec l'aiguille de 7 centimètres.

Seringue de Barthélemy : Elle tient compte, dans la graduation de son piston, de la cause d'erreur que nous venons de signaler, et le médecin n'a pas à majorer sa prise d'essai pour avoir le chiffre de mercure qu'il se propose d'injecter. Elle dispense également de tout calcul : autant de divisions du piston, autant de centigrammes de métal injecté. Il suffit ainsi d'une simple lecture, elle-même facilitée par l'étendue de l'espace compris entre chaque division.

Note sur les injections d'huile grise.

Par M. HALLOPEAU.

Je demande à la Société la permission de lui exposer les résultats de mon expérience personnelle en ce qui concerne, pour l'huile grise, le choix de l'excipient, les doses à injecter et la technique opératoire.

Excipient. — Quelles doivent être les qualités d'un bon excipient? Ce sont, à notre sens, de *n'être pas irritant* par lui-même, de *masquer l'action irritante du mercure* et d'être *fusible à une température relativement basse*.

Or, l'huile de vaseline, qui est actuellement employée d'une manière presque exclusive, n'a aucun de ces trois mérites.

En effet, l'observation du mode de réaction que la peau oppose assez souvent à ce corps employé comme pommade montre qu'il exerce chez nombre de sujets une action irritante.

D'autre part, nous avons établi, avec M. Laffitte, qu'il n'atténue nullement l'action irritante des substances qui lui sont incorporées : c'est ainsi que l'acide phénique et l'acide tartrique, appliqués sur la peau sous forme de pommade exécutée avec la vaseline, y provoquent une vive irritation et qu'il n'en est pas de même si l'on se sert d'huile d'amandes douces ou d'olives.

Enfin la vaseline exige pour se dissoudre un chauffage au bain-marie.

Comment se fait-il que, malgré ces graves inconvénients, cette substance continue à être l'excipient de choix pour les préparateurs les plus expérimentés tels que notre collègue M. Lafay? c'est que jusqu'ici on ne pouvait lui opposer que des huiles promptes à rancir.

Or, d'après M. Duret, dont nous pouvons confirmer la manière de voir, il n'en est pas de même aujourd'hui : il vient d'établir en effet que la palmitine réalise tous les desiderata que nous venons d'indiquer.

Qu'est-ce que la palmitine? la note ci-jointe de M. Duret nous renseigne à cet égard :

La palmitine est un corps gras naturel existant dans diverses huiles végétales ; l'huile de palme retirée des fruits du palmier en contient une forte proportion ; les graisses animales sont composées en grande partie de palmitine, la graisse humaine notamment.

C'est un éther neutre de la glycérine (c'est-à-dire une combinaison d'acide palmitique et de glycérine), comme la plupart des autres corps gras.

Il existe plusieurs espèces de palmitine : la mono, la di et la tripalmitine, c'est-à-dire des éthers de la glycérine formés de 1, de 2 ou de 3 molécules d'acide palmitique. Le point de fusion de ces différentes palmitines est aussi différent.

La palmitine est soluble dans l'éther, le chloroforme, la benzine, la plupart des huiles, peu soluble dans l'alcool froid, soluble dans l'alcool bouillant, dédoublable par les alcalis, les acides et certains ferments solubles (la lipase, par exemple) en glycérine et acide palmitique ou palmitates alcalins suivant le milieu. Les palmitates de soude, de potasse et d'ammoniaque sont solubles dans l'eau comme les savons.

La palmitine ne rancit pas à l'air ; à l'humidité, au contact de l'eau, elle peut se dédoubler en glycérine et acide palmitique. Elle a donc le grand

avantage sur l'oléine d'être plus stable et de ne pas donner naissance à de l'acide oxyoléique qui est très irritant. A l'encontre des autres corps gras, c'est un corps bien défini dépourvu de principes altérables.

Nous nous sommes assuré que l'huile grise préparée avec la palmitine est fusible par la chaleur que dégage la paume de la main; nous avons reconnu de plus qu'elle masque, comme le font les autres huiles, l'action irritante des produits qu'on lui incorpore; enfin nous venons de voir qu'elle ne rancit pas: il y a donc tout avantage à l'employer en lieu et place de la vaseline dans la préparation de l'huile grise. On aurait pu craindre qu'en se résorbant trop rapidement elle ne donnât lieu à une surcharge momentanée des tissus par le mercure: l'expérience a établi qu'il n'en est rien.

POSOLOGIE. — Comme la plupart de mes collègues, j'emploie exclusivement une préparation contenant 40 p. 100 de mercure métallique. M. Duret propose d'abaisser à 8 p. 100 la proportion de mercure de telle sorte qu'un centimètre cube de la préparation ne renferme que 10 centigrammes de mercure. Suivant lui, les phénomènes de douleur et d'irritation locale que provoquent les produits usuels sont dus exclusivement à l'action irritante de la vaseline; ils nese produiraient plus avec l'excipient palmitine; nous allons voir qu'ils peuvent être évités avec les doses fortes et nous considérons qu'il peut être dangereux d'injecter des quantités trop considérables de liquide; il faut toujours, en effet, avoir présente à l'esprit, malgré les précautions prises, la possibilité d'une injection intraveineuse, avec l'embolie pulmonaire qui en résulte; or, si cette embolie ne donne lieu qu'à des accidents passagers et non mortels avec les quelques gouttes de la préparation à 40 p. 100, elle pourrait être au contraire des plus dangereuses avec un volume plus considérable de liquide et, si, comme nous allons le voir, le nombre de centigrammes peut être de 14 pour chaque injection hebdomadaire, on arrive ainsi à des injections de plus de 2 centimètres cubes de liquide huileux, ce qui est excessif. Ajoutons enfin que M. Duret ajoute à son huile du *gaiacoloïde*, combinaison de *gaiacol* et de camphre, comme anesthésique et antiseptique. Or, l'anesthésie est inutile, car la douleur est presque nulle; pour ce qui est de l'action antiseptique, est-il besoin d'y avoir recours? Le mercure n'est-il pas par lui-même antiseptique? On sait, par expérience, qu'il est inutile de stériliser à nouveau les seringues qui ont servi aux injections; c'est là un argument en faveur de l'affirmative. Nous venons d'ailleurs de commencer dans notre laboratoire des expériences pour juger la question. Tout ce que l'on peut dire, c'est que, pratiquées aseptiquement, les injections intra-musculaires de l'huile grise à 40 p. 100 n'amènent jamais de suppuration. Le bien fondé de l'addition de *gaiacoloïde* nous paraît donc plus que douteux et nous proposons de substituer simplement la palmitine à la vaseline dans la préparation de l'huile grise

à 40 p. 100. M. Duret, dont la Société a déjà apprécié l'esprit inventif, aura rendu un service signalé en préconisant cette substitution.

Revenons à notre posologie.

Combien de gouttes d'huile grise à 40 p. 100 faut-il injecter et à quels intervalles? Jusqu'à ces derniers temps, je m'en étais tenu, comme la plupart de nos collègues, à trois ou quatre gouttes, selon le poids du sujet, tous les 6 jours.

On n'ose dépasser cette dose, par crainte des accidents de résorption tardive qui ont malheureusement été plusieurs fois mortels. Or, cette dose est insuffisante. *On peut, en effet, poser comme une règle de conduite l'élévation de la quantité à injecter de mercure au degré de tolérance du malade.* Ce but est-il atteint avec les IV gouttes d'huile grise à 40 p. 100 injectées tous les 6 jours? M. Dutot, dans ses communications si démonstratives au congrès de Lisbonne et, depuis lors, ici même, vient d'établir qu'il n'en est rien : c'est 14 centigrammes qu'il introduit dans les muscles d'abord tous les 5 jours, puis tous les 6 jours et enfin toutes les semaines pendant des mois sans accidents graves; notre dose ordinaire de IV gouttes ne représente donc que la moitié de la quantité tolérable; il en résulte que nos collègues et nous-même avons ainsi inconsciemment, par esprit de prudence, commis des fautes de thérapeutique qui, d'après les chiffres donnés, ont dû s'élever à des centaines de mille : nous sommes restés loin, en procédant ainsi, des tentatives qui ont pour objet de faire avorter la syphilis dans ses phases initiales; nous nous sommes exposé à voir la maladie, insuffisamment traitée, se localiser ultérieurement dans les centres nerveux dont la préservation doit constituer le principal effort de tout médecin appelé à soigner un syphilitique. J'ai eu récemment sous les yeux un fait qui m'a paru mettre en évidence cette insuffisance des IV gouttes : un de mes clients, atteint d'une syphilis à la période secondaire, présentait au gland une plaque indurée et rouge d'environ un centimètre de diamètre; pendant plus d'une année, cette lésion a persisté malgré plusieurs séries renouvelées, avec un mois de repos, d'injections pratiquées tous les 6 jours de IV gouttes d'huile grise, à tel point que j'en venais à me demander s'il s'agissait bien d'une manifestation syphilitique : or, sous l'influence d'un traitement par les pilules de proto-iodure, cette lésion a rapidement disparu.

Il résulte de ces faits que, si l'on ne veut pas que la cure par les injections d'huile grise soit un leurre, il est nécessaire d'élever les doses et d'arriver tout au moins à 10 centigrammes pour chaque injection hebdomadaire en même temps qu'à les renouveler pendant longtemps.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE. — Comment éviter le danger d'emmagasinement plus ou moins prolongé de masses mercurielles avec résorption ultérieure en quantité exagérée et production des accidents graves, parfois mortels qui ont été observés? Le point capital nous paraît

être d'éviter la formation des nodosités qui indiquent la persistance de foyers d'injection : avec le manuel opératoire généralement usité, on n'est pas à l'abri de ces accidents ; je les ai vus survenir après des injections pratiquées par des mains des plus expérimentées ; il faut donc rechercher une technique meilleure ; un progrès considérable nous paraît avoir été accompli par M. Duhot : il consiste, comme vous le savez, dans une injection d'air quelques instants après l'injection d'huile grise dans le même foyer. Depuis quelques semaines, nous appliquons ce procédé et nous sommes heureux de constater qu'il nous donne les meilleurs résultats, il ne se produit plus de nodosités.

Comme moyens adjuvants, nous conseillons, contrairement à ce que font la plupart des spécialistes, de retirer l'aiguille avec une extrême lenteur jusqu'à sa sortie des masses musculaires ; on évite ainsi le reflux dans le tissu cellulaire par le mécanisme de la pompe aspirante, du mercure déversé ; dans le même but, contrairement de même à des collègues très expérimentés et d'accord avec M. Le Pileur, nous faisons un massage de la partie où a été pratiquée l'injection, afin de disséminer le produit dans les interstices musculaires ; nous devons dire que ceux qui proscrirent ce massage le pratiquent sans le savoir, car ils autorisent le sujet à marcher de suite après l'injection et les contractions musculaires constituent un véritable massage du foyer.

Nous espérons, avec ces détails de technique, arriver sans danger aux fortes doses employées avec succès par M. Duhot.

Il va de soi que, s'il survient des accidents, il ne faut pas hésiter à enlever chirurgicalement les foyers résiduels de mercure.

C'est seulement grâce à cet ensemble de précautions que les injections peuvent rendre des services comparables à ceux que l'on obtient avec les pilules ou les frictions, qui doivent rester les méthodes usuelles.

M. EMERY. — Je demande à M. Hallopeau ce qu'il entend par gouttes d'une huile grise à 40 p. 100 ; il vaut mieux indiquer le nombre de centigrammes de mercure métallique injectés.

M. HALLOPEAU. — J'ai eu en vue les divisions de la seringue de Pravaz, mais je reconnais que c'est là un mode de langage défectueux, quelque usité qu'il soit.

M. DANLOS. — Le terme « gouttes d'huile grise » devrait disparaître de la posologie.

M. A. FOURNIER. — Je suis tout à fait d'accord avec M. Danlos sur la suppression du terme « gouttes d'huile grise ». En effet, j'ai pu m'assurer avec M. Lafay que la valeur d'une goutte varie dans des proportions considérables selon la température, selon l'excipient, etc.

Pharmacologie de l'huile grise (analyse d'une note de M. Duret).

Par M. DANLOS.

M. Duret, ancien interne en pharmacie de cet hôpital, et qui s'est spécialisé dans la pharmacologie dermato-syphilitique, m'a remis au sujet de l'huile grise une note très intéressante, que je résume pour la Société.

Il reproche aux formules actuelles de l'huile grise :

- 1^o La variabilité de leur teneur en mercure ;
- 2^o L'insolubilité de l'excipient ;
- 3^o La stérilisation imparfaite du produit ;
- 4^o Son homogénéité inconstante ;
- 5^o Enfin, la douleur que cause l'injection.

Quelques-uns de ces reproches sont fondés, notamment la *variabilité du dosage*, puisque la proportion du mercure peut varier d'une formule à l'autre, depuis 5 jusqu'à 50 centigrammes par centimètre cube.

La critique relative à l'*insolubilité de l'excipient* habituel (vaseline, oléo-naphtine) est également justifiée puisque celui-ci est un produit minéral insoluble, insaponifiable, et par conséquent d'une résorption difficile. J'ajouterai que le défaut est d'autant plus sensible que la proportion de l'excipient est plus forte, et par conséquent la teneur en mercure plus faible. Avec des huiles fortes titrant 50 centigrammes par centimètre cube, l'inconvénient, bien que théoriquement réel, est sans importance, en raison du petit volume injecté.

La *stérilisation imparfaite* est un défaut inhérent à toutes les formules, et l'on ne conçoit pas qu'il en puisse être autrement, puisque cette huile, par sa nature même, ne peut supporter sans altération les procédés de stérilisation habituels. En pratique, le reproche est négligeable, ainsi que le prouvent les millions d'injections faites sans accidents, et l'on conçoit très bien en théorie que la masse du mercure assure au produit une asepsie suffisante. Quand on se sert de flacons de grand volume, où l'on est obligé de puiser souvent, à cette cause primordiale s'ajoute le risque de contamination résultant de l'ouverture fréquente et de l'introduction répétée des seringues.

L'*homogénéité inconstante* n'est pas un défaut inhérent à l'huile bien préparée. Elle se produit secondairement, surtout quand la masse a été soumise à des fusions répétées ; et cette circonstance, comme le défaut précédent, impose la nécessité de diviser l'huile en petites masses dans de petits flacons. Après fusion et en raison de la lenteur plus grande de la réfrigération, le défaut d'homogénéité est bien plus sensible avec les huiles à titre faible qu'avec celles à teneur élevée. Sur des produits fournis par M. Duret, j'ai vérifié que l'homogénéité estimée grossièrement *de visu*, se maintient sensiblement, après fusion

suffisante, avec l'huile à 40 p. 100 et beaucoup moins bien avec celle à 10 p. 100.

Quant à la *douleur* produite par l'injection, nous savons tous qu'elle est pratiquement négligeable, et je pense que M. Duret ne l'a supposée que pour justifier dans ses formules l'introduction du gaïacol.

Pour remédier à ces inconvénients, M. Duret propose les modifications suivantes :

D'abord deux types d'huile grise, l'un contenant 10 centigrammes de mercure, l'autre 50 centigrammes par centimètre cube (huile dite à 40 p. 100). Le premier mélange contient, par centimètre cube, la dose moyenne d'une injection et permet l'emploi de la seringue de Pravaz ordinaire. Ce serait l'huile de sécurité destinée aux praticiens qui ne font guère d'injections. Elle a l'inconvénient de contenir beaucoup d'excipient pour peu de mercure, mais ce défaut, avec les formules de Duret, se réduit à son minimum. L'autre, destinée plus particulièrement aux médecins spécialisés, a l'avantage d'une grosse masse de mercure avec peu d'excipient ; mais elle exige une seringue de petit calibre (celles de Barthélemy, d'Ed. Fournier, etc.).

Pour obvier à l'emploi d'un excipient minéral de résorption difficile, dont la masse enrobant en quelque sorte le métal s'oppose à son absorption, M. Duret propose comme excipient le mélange en proportions convenables de deux substances, la tripalmitine et le gaïacoloïde. La palmitine, que l'on trouve dans le commerce à l'état de pureté, est un corps gras neutre, ne s'oxydant pas sensiblement à l'air sec ou humide à la température ordinaire. Ce corps fait partie des graisses normales de l'économie humaine et n'est pas, par conséquent, un corps étranger. Dans l'organisme il se saponifie rapidement en donnant des palmitates alcalins et de la glycérine. Le *gaïacoloïde* est un mélange de gaïacol et de camphre en proportion définie. Par le gaïacol, ce mélange communique à la masse injectable des propriétés analgésiques et antiseptiques d'ailleurs peu nécessaires ; d'autre part, le gaïacol est sans action nocive, ainsi qu'en témoignent les milliers d'injections faites avec avantage à des tuberculeux dont les reins n'étaient pas toujours en bon état. La note de M. Duret sur la manière dont il prépare sa masse injectable, sera peut-être trouvée un peu laconique par ses confrères pharmaciens ; je la reproduis textuellement :

« Le mercure purifié suivant le procédé du Codex est éteint mécaniquement dans de la lanoline purifiée (100 grammes d'hydrargyre pour 20 grammes de lanoline). Le mélange de gaïacoloïde et de palmitine, préalablement fait et en fusion, est agité petit à petit avec le mercure éteint. Quand la masse toujours agitée prend en refroidissant une consistance de sirop épais, on la divise dans des petits flacons, préalablement stérilisés au four Pasteur ; la préparation se prend

alors immédiatement en une masse solide. » Il serait désirable que M. Duret donnât sur son *modus faciendi*, et sur la proportion relative des corps qu'il mélange, des renseignements plus circonstanciés. Quoi qu'il en soit, les masses qu'il nous a fournies, constituées d'après ces principes, ont *a priori* l'avantage sur les masses à excipient minéral (vaseline, oléo-naphtine) d'être dans l'économie d'une résorption plus facile et de donner par conséquent une huile d'une activité plus grande. En outre, la proportion des composants a été déterminée de manière que la masse fonde à la température de la main. Un thermomètre placé dans ma main fermée marquant 34° 3 dixièmes, il a fallu aux petits flacons dans lesquels M. Duret divise son produit, moins de deux minutes pour que la masse entrât en fusion complète.

Ces petits flacons, en verre très mince, d'une contenance de 3 centimètres cubes à peu près, cylindriques de forme, larges d'ouverture, bouchés à l'émeri, terminés à leur extrémité fermée par une calotte sphérique et encastrés en outre dans une base de carton ondulé qui les rend stables, sont d'un emploi très commode. Ils ne contiennent avec l'huile à 10 centigrammes que la matière d'une injection ; avec l'huile à 50, que celle d'un petit nombre d'injections. Le flacon n'étant ouvert qu'une fois ou qu'un petit nombre de fois, la contamination de son contenu est facilement évitable, et cette disposition jointe aux propriétés antiseptiques du mercure, renforcées par le gaïacol, donne une grande sécurité. Le même dispositif remédie très heureusement au reproche de l'homogénéité inconstante, conséquence inévitable des fusions répétées que détermine l'emploi des flacons de grande capacité.

Je ne dirai rien de l'action analgésique du gaïacol, à laquelle M. Duret me semble attacher trop d'importance, car les injections d'huile grise bien faites sont habituellement indolores, et il n'y a certainement aucune raison pour que la substitution de la palmitine à la vaseline les rende douloureuses.

En résumé, je conclus que les préparations de M. Duret constituent par leur composition, leur fusibilité à la température de la main, leur présentation en flacons d'emploi très pratique, un progrès réel sur les préparations similaires ; mais je réclame plus de détails et surtout des détails plus précis sur la proportion des substances et le mode de préparation, de manière que chaque pharmacien puisse reproduire au besoin lui-même et contrôler le produit.

En terminant, je donnerai mes conclusions personnelles sur l'emploi thérapeutique de l'huile grise. Plusieurs de mes collègues se sont montrés partisans enthousiastes de ce médicament qui constitue, pour eux, l'agent idéal du traitement de la syphilis. A mon avis, c'est dépasser la mesure ; l'emploi de l'huile grise constitue un bon

traitement de la syphilis, mais n'est pas le traitement de choix. J'ajouterais presque que tout dépend du malade et qu'il n'y a pas de traitement de choix. En raison des accidents, rares mais trop réels qu'elle provoque parfois, je n'emploie pas l'huile grise comme méthode courante. Je la réserve aux malades qui, en raison des récidives incessantes de leurs accidents, ont besoin d'avoir en permanence un dépôt de mercure dans l'économie, et à ceux dont l'intolérance gastrique ne permet pas l'usage des pilules. Pour justifier l'emploi de l'huile grise à titre de méthode générale, il faudrait prouver qu'elle maîtrise plus vite les accidents et prévient plus sûrement leurs récidives. La première partie de cette proposition n'est pas exacte et la seconde n'est pas démontrée. Dans les syphilides secondaires rebelles (ex. : syphilides acnéiques ou micro-papuleuses généralisées), l'activité des injections solubles, dont je ne méconnaissais pas d'ailleurs les inconvénients, me semble supérieure à celle de l'huile grise; et cependant peut-être vaut-il mieux encore employer les pilules unies au traitement externe (pommade au biiodure). Dans les syphilides tertiaires tenaces, le calomel me paraît manifestement plus actif que l'huile grise. La question des récidives ne pourrait être tranchée que par une statistique personnelle qui demanderait, pour tenir compte des conditions nécessaires à sa validité, une telle somme de travail et une expérience si longue que je doute qu'on puisse jamais l'établir dans les conditions requises de valeur probante. Le jour où cette preuve me serait donnée, je serais le premier à proclamer la supériorité de l'huile grise.

Modifications à apporter à la posologie de l'huile grise.

Par M. EMERY.

J'ai exposé dans la dernière séance les raisons qui me font croire que la très grande majorité des accidents reprochés à l'huile grise sont dus à l'ignorance de la plupart des praticiens qui ne connaissent ni son dosage précis, ni sa teneur exacte en mercure métallique, ni les précautions qu'il est indispensable de prendre avant d'employer ce médicament. Il s'agit donc là d'une erreur fondamentale, grossière, qui peut, à mon avis, être évitée par le bref avertissement que je demandais aux pharmaciens de donner aux médecins, en indiquant d'un mot sur les étiquettes des flacons d'huile grise, que la dose maxima à injecter est, suivant le titrage de l'huile grise, de telle ou telle fraction de centimètre cube, par exemple.

Mais étant acquise cette première notion élémentaire et indispensable que l'huile grise est un médicament concentré dans la plupart des cas, qu'elle est par suite utilisable à petites doses, devons-nous

nous tenir pour satisfaits et considérer la posologie actuelle comme capable de remplir tous nos desiderata? Nous ne le croyons pas. Nous ne voulons pas entrer ici, car ce point concerne plutôt les chimistes et les pharmaciens spécialistes, dans les divers modes de préparation de l'huile grise. C'est à eux à rechercher les moyens propres à assurer la conservation de l'huile grise, le maintien prolongé de son homogénéité, de façon que le spécialiste qui ne veut pas employer d'ampoules, qui d'ailleurs sont par elles-mêmes pleines d'inconvénients, ne soit pas exposé à injecter des doses très variables de mercure métallique suivant qu'il puise le médicament dans les couches superficielles, moyennes ou profondes du flacon. Nous nous occuperons seulement de la posologie proprement dite de l'huile grise, telle que nous la donnent actuellement les pharmacines, de son titrage, de sa teneur en mercure, dans le but d'opposer à la diversité manifeste des préparations que chaque pharmacien élabore suivant sa propre inspiration ou suivant les suggestions de quelque spécialiste de son entourage, d'opposer, dis-je, à ces préparations une huile grise unique, composée suivant des règles fixes avec un titrage immuable et reconnu mathématiquement exact par les plus hautes compétences en la matière.

En effet, que voyons-nous actuellement? La posologie est tellement bizarre, compliquée, variable suivant les diverses officines d'où sortent les médicaments, que les erreurs sont presque inévitables de la part des médecins qui n'ont pas fait de cette préparation une étude spéciale et de son emploi un usage habituel. L'arbitraire et la fantaisie règnent en maîtres et sous le nom d'huile grise, les pharmaciens préparent à leur gré des médicaments de densité très diverse. Que l'on demande de l'huile grise à plusieurs pharmaciens sans spécifier plus exactement la préparation que l'on désire, l'un vous donne de l'huile titrée à 40 p. 100, l'autre une huile à 16 p. 100, ou même un poids indéterminé de mercure contenu dans 1 centimètre cube de véhicule quelconque. Mais il y a mieux encore! Si vous fixez votre titrage, si vous ordonnez, par exemple, de l'huile grise à 40 p. 100, ici encore le médicament sera différent suivant le pharmacien, les calculs et les appréciations des meilleurs préparateurs ne concordant pas exactement. Et je vais vous en donner la preuve.

Si vous demandez à M. Lafay de l'huile grise à 40 p. 100, il vous donnera une huile qui contient, d'après lui, 0 gr. 50 de mercure métallique par centimètre cube. Cette même huile, d'après M. Pépin et les recherches faites par Roger-Cavailhès, contiendrait 0 gr. 55 de Hg. métal par centimètre cube. Enfin M. Vicario, sous le nom d'huile grise à 40 p. 100, vous délivre une huile qui, d'après lui, contient 0 gr. 40 de Hg. métal par centimètre cube. Ce sont là des divergences de détail qui n'ont pas grande importance dans la pratique, parce que

la divergence est minime et ne porte que sur une fraction de mercure qui ne saurait gêner en rien la thérapeutique courante. Elle n'en est pas moins très regrettable en ce sens qu'elle enlève à cette méthode la précision mathématique à laquelle elle nous semble avoir droit.

L'existence de seringues spéciales nous semble venir compliquer encore la question. Il ne suffit pas, en effet, au médecin de savoir que l'huile grise se donne généralement à petites doses, de savoir qu'il doit injecter 7, 8, 9, 10 centigrammes de Hg. métal par semaine; il faut encore qu'il sache sous quel volume est contenue dans les huiles grises cette quantité de métal. Il y a une huile à 40 p. 100 qui contient 2 cgr. 5 de Hg. métal par $\frac{1}{20}$ de centimètre cube; il en est une autre à 16 p. 100 qui contient exactement 0 gr. 01 par $\frac{1}{20}$ de centimètre cube. Mais il ne faut plus compter sur ce dosage si vous employez les seringues spéciales. Avec telle seringue, vous devrez compter tant de tours de vis pour arriver à la dose utile, mais à la condition d'employer une huile grise titrée de telle façon. Avec telle autre seringue, également calibrée tout à fait empiriquement, vous injecterez 1 centigramme de Hg. par division de la seringue, mais ce ne sera plus, comme tout à l'heure avec la seringue ordinaire de 1 centimètre cube, l'huile grise à 10 p. 100 qui vous donnera ce résultat, mais bien l'huile grise à 40 p. 100.

Comment s'y reconnaître dans tout ce fatras, si l'on n'est pas particulièrement expérimenté en la matière. Il est bientôt autant d'huiles grises que de pharmaciens, autant de façons de procéder, autant de seringues que de médecins.

Je pense donc qu'il est indispensable pour nous de clore ce débat en lui donnant la solution pratique qu'il comporte, c'est-à-dire en cherchant à établir d'une façon définitive la posologie de ce médicament. Je partage à cet égard l'opinion de M. Pépin, que je me permets de reproduire ici :

Tous les dosages sont dans la pratique et il devient de première nécessité de mettre de la précision dans la confusion que forment les différents modes de formuler.

Les dosages demandés sont de deux ordres :

A poids pour poids : les préparations les plus usitées contiennent 30 ou 40 p. 100 de leur poids de mercure métal.

A poids pour volume : les titrages habituels sont 0 gr. 08 et 0 gr. 20 par centimètre cube.

Le dosage en poids ne nous paraît pas heureusement choisi; le médecin a entre les mains un instrument de volume qui est une seringue hypodermique et il évalue en centigrammes la quantité de métal à injecter. Ce sont donc là les deux termes qui doivent intervenir dans la composition de la formule : poids pour le métal et volume pour la préparation à injecter.

Au reste, la thérapeutique en général a fait un effort pendant toutes ces dernières années pour modifier dans un sens analogue les indications

posologiques et il est courant de voir une formule de potion terminée par un énoncé de : véhicule q. s. pour tant de centimètres cubes. Sans entrer dans la discussion de cette question très générale, nous voyons qu'en syphilothérapie, l'huile biiodurée se prescrit à tant de milligrammes par centimètre cube, et non à tant de milligrammes par gramme. Pourquoi ne garde-t-on pas la même logique pour l'huile grise?

Avec une huile grise dosée à poids pour poids, toute variation de la densité entraînera une variation de la dose de mercure injectée, puisqu'en terme final, c'est un volume, c'est une division de seringue qu'on injecte même avec les seringues les plus spéciales. Une même division de seringue ne contiendra pas la même quantité de mercure avec des huiles grises de préparateurs différents, attendu que la densité des produits employés et celle des préparations ne sera pas la même.

Les auteurs spéciaux ne sont pas d'accord eux-mêmes sur les densités de l'huile à 40 p. 100, qui est la plus couramment employée. Je trouve effet comme limites les chiffres de 1 gr. 25 et de 1 gr. 42 comme poids du centimètre cube. Dans les notes de Cavaillès, je trouve mention d'essais faits, je crois, avec le Dr Edmond Fournier pour élucider ce point. Ils ont trouvé que le centimètre cube pesait 1 gr. 40, ce qui correspond pour l'huile à 40 p. 100 à 0 gr. 56 de mercure. Un dosage fait directement donnait 0 gr. 55 de Hg. Si la densité de l'huile grise est de 1 gr. 25, sa teneur en Hg. métal n'est plus que de 0 gr. 50 au centimètre cube. On voit donc la variation de 10 p. 100 que peut présenter une huile grise de même dosage en poids. Or, la seringue de Barthélemy n'est pas une seringue pour laquelle un dosage empirique assure une contenance de 1 centigramme par division quelle que soit la densité de l'huile employée. Chaque division de cette seringue contiendra donc forcément une dose de Hg. qui variera avec la densité.

Dans la pratique, tous les fabricants, et je m'en suis assuré hier encore chez Wulfling-Lüer, donnent comme seringue de Barthélemy une seringue de 1/4 de centimètre cube, portant 14 divisions, ce qui donne 56 divisions pour le centimètre cube. La seringue de Barthélemy ne sera donc précise que dans le seul cas de l'huile grise contenant 56 centigrammes de Hg. au centimètre cube, soit l'huile grise à 40 p. 100 de densité égale à 1,40.

Aussi, nous repoussons comme illogique toute formule d'huile grise dosée à poids pour poids. Chaque formule exigera, en effet, une seringue spéciale, laquelle ne sera précise qu'avec une préparation ayant une densité fixe et constante. Cela peut être possible à obtenir dans un service hospitalier, c'est impossible à réaliser dans la pratique de ville.

Nos préférences vont donc nettement aux préparations qui offrent un dosage à poids pour volume : avec celui-ci en effet, une huile grise pourra varier de volume, elle ne contiendra pas moins la même quantité de mercure par centimètre cube, chaque division de seringue de 1 centimètre cube ou de seringues spéciales de 1/2 centimètre cube, telle par exemple que celle d'Edm. Fournier, contiendra toujours la même quantité de Hg. quelle que soit la densité et quelle que soit la formule de la préparation.

Quelle concentration adopter dans ce mode de dosage?

L'huile grise à 0 gr. 08 par centimètre cube nous semble s'appliquer à

une seule méthode. Ne s'accordant pas avec le système décimal, elle ne sera pas pratique pour des injections de dose variée : à quoi correspondront 0,7 gr. 07, par exemple? En outre, lorsque des praticiens voudront injecter des doses élevées, 0 gr. 14 par exemple, comme le font certains syphili-graphes, ne sera-t-on pas amené à introduire dans l'organisme une quantité d'excipient vraiment superflue?

• L'huile à 0 gr. 20 nous paraît beaucoup plus pratique. La seringue de Pravaz courante, qui contient un centimètre cube divisé en 20 divisions, contiendra 1 centigramme de Hg. par division. Une seringue à calibre étroit, telle que celle d'Ed. Fournier, offrira, bien entendu, plus de précision et sa contenance de 1/2 centimètre cube divisé en 10 lui assurera beaucoup d'autres utilisations chez le médecin non spécialiste.

Enfin, les doses élevées de 14 centigrammes n'amèneront l'introduction dans l'organisme que d'à peine 3/4 de centimètre cube de préparation, ce qui n'a rien d'exagéré si on considère que l'huile à 0 gr. 08, nécessitant l'injection de 1 centimètre cube d'huile grise, est acceptée par des syphili-graphes qualifiés.

Si toutefois des raisons physiologiques interviennent en faveur d'une concentration plus grande, nous admettrons volontiers un titrage supérieur, en demandant pourtant qu'il reste soumis au système décimal. Si on estime que la concentration de l'huile doit se rapprocher de celle à 40 p. 100 actuellement employée, il sera facile de constituer une huile à 0 gr. 50 de Hg. par centimètre cube. Une telle formule se rapprochera sensiblement de l'huile à 40 p. 100, mais elle aura l'avantage d'être d'une logique plus exacte et d'un dosage beaucoup plus constant. Pour terminer ces vues sur la posologie, nous demandons que la formule à poids pour poids soit abandonnée et que celle à poids pour volume lui soit substituée. Nous considérons comme la formule la plus pratique l'huile à 20 centigrammes par centimètre cube, tout en admettant très bien un titrage différent, pourvu qu'il soit décimal. Nous demandons à ce que des règles d'unification soient établies, qui indiquent au pharmacien quelle préparation doit être donnée sur la seule indication d'huile grise.

En résumé, si le thème général de l'introduction du Hg. métal dans l'organisme par voie hypodermique est encore à étudier, la question de la préparation de l'huile grise et des excipients à employer reste ouverte. Quant à la question de posologie, elle est d'une acuité qui exige qu'elle soit promptement solutionnée par les groupements compétents. Les sociétés médicales et pharmaceutiques doivent y apporter leurs soins. Peut-être y a-t-il lieu pour elles de prendre contact avec la commission du Codex qui doit mettre l'huile grise dans la nouvelle édition en préparation. En tout cas, il y a des règles à établir; il y va de l'avenir de la méthode et, mieux encore, de la sécurité immédiate des malades.

Je demande donc, conformément aux conclusions si judicieuses de M. Pépin, que la Société de Dermatologie nomme une commission composée à son choix de médecins et de pharmaciens expérimentés, chargée d'élaborer la ou les formules destinées à paraître au Codex. Comme M. Pépin, je pense que l'huile grise doit être titrée par poids

de métal pour une unité de volume déterminée. J'apporterai toutefois à ses conclusions ce léger correctif qu'il y a pour le praticien le plus gros intérêt à faire des injections concentrées, celles-ci étant beaucoup moins douloureuses et mieux tolérées. L'emploi du système décimal me paraît avoir sur tous les autres l'avantage de la simplicité, de l'universelle compréhension, et il permettrait, au choix des médecins qui désirent employer des solutions concentrées ou diluées, de les obtenir de concentration variable, mais toujours basée, sur le système décimal. Il y aurait, par exemple, une huile concentrée à 40 centigrammes par centimètre cube qui serait, je le répète, la plus recommandable à mon avis, — une huile moyennement concentrée à 0 gr. 20 par centimètre cube, — et une huile diluée à 0 gr. 10 par centimètre cube.

Ce seraient là des chiffres faciles à retenir par les médecins qui sauraient alors que, suivant le degré de concentration, ils en doivent injecter $1/4$, $1/2$, ou 1 centimètre cube comme dose maxima.

On m'objectera que les médecins qui font usage de seringues spéciales ne pourront pas se servir de préparations dont le titrage ne correspond plus au calibrage de leurs seringues. Mais il me paraît impossible d'accepter que, dans un débat d'une telle nature, il soit question de telle ou telle seringue spéciale. Bien des médecins ont fait construire pour leur usage des seringues dont ils se servent, dont tout autre initié peut se servir. Mais on ne saurait trop faire remarquer que ces seringues ont été construites empiriquement pour la commodité de certains médecins et qu'on ne pourrait, sans injustice évidente, choisir l'une plutôt que l'autre pour établir le titre d'une huile grise qui servirait pour ces seringues. Rien n'empêche de construire encore d'autres seringues, dont chacune pourrait avoir ses avantages spéciaux. D'ailleurs n'est-il pas évident que toute instrumentation réglée empiriquement, en dehors des règles du système décimal, peut prêter à des erreurs de fabrication? M. Duhot ne nous a-t-il pas présenté à la dernière séance une seringue de Barthélemy contenant exactement le double de la seringue ordinaire. Cette falsification est d'autant plus légitime que c'est là un dosage de fantaisie. Ce que nous comprenons, ce que nous devons admettre, c'est que, si nous prenons le système décimal comme base de la fabrication de l'huile grise, il soit tout à fait légitime de faire fabriquer des seringues qui rendent plus évidente, plus aisément appréciable, la quantité de liquide injectée : telle par exemple la seringue d'Edmond Fournier, seringue de $1/2$ centimètre cube dans laquelle les divisions sont plus espacées. Toute seringue qui, comme cette dernière, prendra pour base de sa graduation et de son réglage une division de centimètre cube, sera une commodité de plus et s'accommodera parfaitement de l'huile grise que nous voudrions introduire dans la thérapeutique.

M. ED. FOURNIER. — Je suis d'accord avec M. Emery et je pense que les titres de 10, 20, 40 centigrammes de mercure par centimètre cube d'huile permettraient de répondre à tous les besoins de la pratique.

M. HALLOPEAU. — Un seul type de dosage suffirait à la pratique et on éviterait facilement ainsi toute confusion.

M. EMERY. — Les titrages que je propose sont faciles à retenir.

M. LÉVY-BING. — Les considérations développées par M. Emery sont parfaitement justes en théorie. Mais, en pratique, il est à craindre que l'adoption de trois nouvelles formules vienne encore augmenter la confusion.

Le titrage décimal offre sans doute des avantages et peut être adopté. Mais pourquoi ne pas conserver la formule d'huile grise à 40 p. 100 ? Elle permet d'injecter de fortes doses de mercure sous un petit volume. Tout le monde sait que l'huile à 40 p. 100 contient 0 gr. 50 de Hg. par centimètre cube et une opération d'arithmétique bien simple permet de déterminer, avec n'importe quelle seringue, la quantité de Hg. à injecter. Si l'on emploie la seringue de Barthélemy, dont le prix est aujourd'hui très modique, on sait facilement la dose de mercure qu'on injecte, sans avoir recours à aucun calcul.

M. EMERY. — La seringue de Barthélemy est empirique ; sa teneur varie avec la fantaisie des fabricants. Puisque nous voulons une huile grise dont puissent se servir les praticiens, il ne nous faut pas préconiser des formules qui nécessitent des seringues spéciales, alors que tous les praticiens ont à leur disposition la seringue de Pravaz, dont ils ont l'habitude de se servir. C'est pourquoi je demande la substitution du titrage décimal au titrage arbitraire en usage aujourd'hui ; je propose donc de remplacer le titrage en poids pour poids par le titrage en poids pour volume. Le pharmacien n'aura plus qu'à indiquer sur le flacon la dose de mercure contenue dans un centimètre cube d'huile et la quantité maxima à injecter.

M. ED. FOURNIER. — L'adoption du titrage décimal proposé par M. Emery, permettrait d'éviter toute erreur. L'huile grise à 40 p. 100 employée aujourd'hui est peu pratique quand on veut injecter de petites doses, par exemple chez l'enfant.

M. LÉVY-BING. — Je ne demande pas mieux que d'adopter le dosage à 0 gr. 40 de Hg. par centimètre cube, au lieu de la formule actuelle qui est de 0 gr. 50 de Hg. par centimètre cube ; mais il faut s'entendre une fois pour toutes.

M. LAFAY. — Le titrage décimal est très commode. Le pharmacien pourrait indiquer sur l'étiquette la dose de mercure contenue dans une division de la seringue de Pravaz.

M. LENGLET. — Il est nécessaire, en effet, d'indiquer sur le flacon la quantité de mercure contenue dans un centimètre cube du mélange. La seringue de Barthélemy, dont l'emploi est très commode, pourra d'ailleurs

être utilisée avec une huile titrée en volume à un centigramme par division.

Je ferai remarquer que si on se sert d'une seringue de Pravaz à 10 divisions et de l'huile à 40 p. 100, il est extrêmement difficile d'injecter de petites doses de Hg. Il faut employer, pour ces petites doses, une seringue de calibre étroit et ayant un piston très long.

M. LAFAY. — Je suis d'accord avec ce que vient de dire M. Lenglet. Quand on se sert d'une seringue de Pravaz ordinaire, c'est-à-dire ayant un large corps de pompe et un piston court, il est presque impossible de déterminer exactement la dose de mercure injectée.

M. EMERY. — La plupart des seringues de Pravaz présentent 20 divisions et non 10 divisions. Mais je demande précisément qu'on adopte un type d'huile grise diluée qui puisse servir à l'injection de doses minimes de mercure.

J'insiste sur la nécessité de ne pas recommander des titrages nécessitant une seringue spéciale, seringue dont la teneur varie avec les fabricants.

M. LÉVY-BING. — L'emploi de l'huile grise n'est qu'exceptionnellement indiqué chez l'enfant. J'ai pu m'assurer que même avec la seringue de Barthélemy, il est difficile d'injecter de très faibles doses de Hg., quand on utilise l'huile grise à 40 p. 100 ; aussi j'avais demandé à M. Lafay de me préparer une huile moins riche en Hg. que j'employais uniquement chez les tout jeunes enfants. Mais nous abordons là un point tout à fait spécial, qui ne rentre pas dans le cadre de la discussion.

M. BALZER. — Il serait désirable que la discussion ne s'arrêtât pas davantage à une question d'instrumentation, mais plutôt à celle de la posologie et de la composition de l'huile grise.

M. EMERY. — On pourrait adopter deux types d'huile : l'un à 0 gr. 20, l'autre à 0 gr. 40 de Hg. par centimètre cube.

Étude d'une nouvelle formule d'huile grise.

Par M. LAFAY.

Sous le titre de : « *Note brève sur l'huile grise. — Ce qu'elle est, ce qu'elle doit être* », M. P. Duret appelait récemment l'attention de quelques Membres de la Société sur une huile mercurielle à base de palmitine, qu'il déclarait très supérieure à notre huile grise classique, « préparation dangereuse qui a causé de nombreux accidents irrémédiables, et cela tant au point de vue de son dosage que de sa préparation, et de son mode de présentation ». La formule dont M. Danlos vient de vous entretenir se rapporte précisément à cette huile spéciale. Elle n'est donc pas nouvelle, au moins pour quelques-uns de nos collègues ; mais comme elle diffère profondément de l'huile grise ordinaire, il est intéressant d'en faire une étude détaillée, parallèle à

celle que j'ai eu l'honneur de présenter à la Société au sujet de l'huile grise à 40 p. 100. Le produit préconisé doit répondre à la composition suivante :

Mercure purifié.....	0 gr. 10
Galacoloid.....	0 gr. 20
Palmitine.....	Q. S. pour 1 c. c.

Cette formule présente à considérer : 1° la proportion du mercure ; 2° la nature de l'excipient ; 3° l'adjonction d'anesthésique ; 4° la préparation proprement dite.

1° Proportion du mercure. — La proportion de mercure qui dans les deux préparations habituellement utilisées est de 0,20 et 0,50 centigrammes tombe dans cette nouvelle formule à 0,10 centigrammes par centimètre cube.

La raison de cette modification est double : 1° la substance active est ainsi contenue dans l'unité de volume, le centimètre cube, ce qui dispense l'opérateur de l'emploi d'une seringue spéciale ; 2° on peut injecter la dose entière sans crainte d'accident.

En théorie, ces raisons semblent tout à fait plausibles ; mais il n'en est plus de même dans la pratique, qui est pour le thérapeute la considération dominante, car il faudra quand même une seringue pour injections huileuses si l'opérateur ne veut pas être contraint à chaque instant de dégraisser l'unique seringue qu'on lui suppose.

Mais là n'est pas le gros argument invoqué en faveur de cette préparation. Avec ce dosage, dit-on, les accidents deviennent impossibles car on peut injecter ainsi une pleine seringue sans dépasser la dose de 0,10 centigrammes de mercure. — Même avec l'huile à 40 p. 100, les accidents sont tout aussi impossibles si l'on utilise la seringue de Barthélemy, car elle ne contient que 0,14 centigrammes de mercure, chiffre couramment injecté par MM. Duhot, Queyrat, Eudlitz, etc... Quant aux cas de mort publiés en 1906, par quelles doses de mercure sont-ils supposés avoir été occasionnés ? Dans 3 observations sur 7, c'est-à-dire dans les seuls cas où l'on paraisse savoir à peu près le poids du métal injecté, ce chiffre a été seulement de 0,06 à 0,07 centigrammes à chaque injection ! Le semblant de garantie qu'on croit résulter de l'emploi des doses faibles est donc aléatoire.

Mais il y a plus : Comment M. Duhot, comment M. Queyrat, etc., s'y prendront-ils demain, pour injecter 0,14 centigrammes de Hg. avec une huile qui n'en contiendra que 0,10 ? Faudra-t-il qu'ils fassent ce qu'on réprouve aujourd'hui : acheter une nouvelle seringue de 2 centimètres cubes, ou bien pratiqueront-ils une double injection ? Mais là où l'opération se complique encore, c'est quand M. Duret nous dit que « cette huile grise sera livrée en tubes spéciaux pour une seule dose ! » Il faudra donc à chaque fois 2 flacons ! Nous verrons

tout à l'heure, à propos de la palmitine, où cette thèse nous conduit !

Et ce n'est pas tout encore ! Admettons que dans un an, deux ans... cette dose hebdomadaire de 0,14 centigrammes de métal, aujourd'hui considérée comme excessive par plusieurs de nos collègues, soit admise comme normale ! laissera-t-on se continuer pour tout le monde les inconvénients que je viens de signaler à propos de MM. Duhot et Queyrat, et qui nous semblent, à l'heure actuelle, d'autant plus négligeables qu'ils ne nous gênent pas personnellement, ou bien alors fera-t-on une nouvelle formule à 0,14 centigrammes par centimètre cube ?

J'arrive maintenant à une question non plus théorique, mais pratique : celle de la tolérance, question capitale quand il s'agit d'injections mercurielles. Dans une première notice, j'ai écrit : « ... Et encore n'avons-nous pas l'intention de comprendre dans l'énumération des transformations successives de l'huile grise les multiples dilutions à 5, 6, 7, 10, 12 centigrammes de Hg. par centimètre cube, dilutions que nous avons été, je crois, les premiers à expérimenter systématiquement, M. le Dr Sabouraud et moi, il y a 7 à 8 ans, et que nous avons bientôt abandonnées, parce que *beaucoup moins bien tolérées* que le produit à 40 p. 100, dont on n'injecte qu'un très petit volume... » On pourra nous objecter que la préparation était défectueuse, que la technique laissait à désirer, que nous sommes tombés sur une mauvaise série, raison qu'on est parfois heureux d'invoquer quand on n'en a pas d'autre à faire valoir. Soit ! Mais voilà que ce que j'écrivais en octobre n'est plus vrai aujourd'hui.

Ce que je ne savais pas, c'est que nous n'étions pas du tout les premiers à expérimenter ces dilutions, ainsi que M. Vigier me l'apprenait il y a quelques jours. Barthélemy et lui ont fait ces mêmes essais il y a une dizaine d'années, et les ont, eux aussi, bientôt abandonnés *en raison de l'intolérance*.

Ainsi donc voilà une série d'expériences commencées avec les mêmes intentions, dans des conditions analogues, et qui aboutissent aux mêmes résultats négatifs. C'est du reste la constatation de ces résultats mauvais qui avait empêché MM. Barthélemy et Vigier de publier leurs expériences, comme elle nous a arrêtés, M. Sabouraud et moi.

Mais qui plus est, la formule précitée n'a même pas le mérite de la nouveauté en ce qui concerne le chiffre du mercure. Il y a beau temps qu'elle a été préconisée par Neisser (de Breslau)... et peut-être même n'y a-t-il pas beaucoup moins longtemps qu'elle a été abandonnée, car je la crois à peu près totalement ignorée, pratiquement du moins, de la plupart d'entre nous. De sorte que vraisemblablement pas plus MM. Barthélemy et Vigier, il y a 10 ans, que M. Sabouraud et moi, il y a 8 ans, que MM. Duret et Danlos aujourd'hui, nous

n'avons rien inventé. La formule à laquelle on nous propose de revenir est depuis longtemps jugée et condamnée, pour ce qui est du pourcentage en mercure.

Reste un dernier argument qu'on ne saurait trop rappeler, car il a sa valeur. Je demande l'avis de MM. Jullien, Queyrat, Charmeil, Duhot, Lévy-Bing, Eudlitz, etc..., pour ne citer que ceux des membres de la Société ayant pris part à cette discussion. Je demande à ceux qui « font de l'huile grise à 40 p. 100 », pour employer une expression consacrée, s'ils sont disposés à abandonner ce pourcentage qu'une longue expérience leur a démontré supérieur à tout autre, poursuivre, dans une voie en apparence nouvelle tant elle est oubliée, quelques collègues qui me semblent bien être ici la minorité, sinon par le nombre des voix, du moins par le nombre des injections.

En résumé : nous avons une huile grise à 0,50 centigrammes de Hg. par centimètre cube, et une à 0,20 centigrammes ; on vous en propose une troisième à 0,10 centigrammes, dosage qui non seulement n'est pas nouveau, mais qui semble en outre avoir été unanimement abandonné après expérimentation. Entre ces trois dosages, lequel va-t-on choisir ? Je serais curieux de le savoir, car alors je me risquerais peut-être à commettre une petite indiscretion, et à vous apprendre que dans le Codex français, actuellement en cours d'impression, figurera une quatrième formule d'huile grise, très différente à tous points de vue de celle actuellement proposée par les novateurs.

2^o *Nature de l'excipient.* — La nature de l'excipient choisi dans la nouvelle formule n'est plus pour me surprendre aujourd'hui. Il n'en fut pas de même à la lecture des *Annales des maladies vénériennes* de février dernier, où se trouvait cette phrase qui d'un coup renversa tout ce que l'on m'avait autrefois enseigné : « A la vaseline qui sert habituellement de véhicule pour les injections, l'auteur a substitué la palmitine. Cette dernière est un corps gras neutre, retiré de l'huile de palme, et qui présente sur la vaseline l'avantage de ne pas rancir et de se solubiliser dans l'organisme » (p. 125). Passe encore pour la solubilisation ! Mais un corps gras véritable qui ne rancit pas, et la vaseline, carbure d'hydrogène, qui rancit ; nous voilà vraiment loin des classiques. La question vaut qu'on s'y arrête, n'est-il pas vrai ?

Quand M. Balzer, en 1890, quand M. Neisser, vers la même époque, modifiaient, sans s'être au préalable concertés, la formule de Lang dans un sens absolument identique, ils ne s'inspiraient pas du seul désir de changer ; ils avaient une raison, et cette raison était la suivante : l'huile primitive de Lang n'était pas seulement trop épaisse, contenant presque parties égales de lanoline (3 p.) et d'huile d'olive (4 p.), elle présentait surtout un grave inconvénient, un vice rédhibitoire : elle rancissait. Et pourquoi rancissait-elle ? Parce qu'elle contenait un corps gras véritable, l'huile d'olive. Ce qui était vrai et

chimiquement démontré en 1890 et jusqu'en ces dernières années, ne l'est-il plus aujourd'hui?

On le croirait d'après ce qu'on vient de nous dire, bien qu'on ne nous donne à ce sujet ni références, ni indications quelconques. Cette théorie toutefois peut se soutenir et voici comment : « Lang employait un produit complexe, l'huile d'olive ; M. Duret utilise bien aussi un corps gras proprement dit, mais un corps gras simple, un éther de la glycérine et non un mélange d'éthers de cet alcool.

Qu'est-ce en effet que la palmitine? C'est un corps gras véritable formant avec la stéarine et l'oléine le principal élément de la plupart des graisses naturelles. Elle est, comme tout corps gras, susceptible de se saponifier sous les influences les plus diverses, en régénérant la glycérine avec mise en liberté d'un acide gras, l'acide palmitique.

La palmitine, nom peut-être un peu nouveau pour quelques-uns de nos confrères, est beaucoup plus connue sous son ancien nom de *margarine*. Ces deux noms, palmitine et margarine, ont été pendant assez longtemps considérés comme synonymes ; il n'en est plus ainsi depuis qu'on a reconnu que la margarine n'était pas un produit pur et défini, mais un mélange de stéarine et de palmitine. Le nom de margarine est alors disparu, et l'on a réservé l'appellation de palmitine au corps solide, neutre, se présentant sous forme de petits cristaux d'un éclat nacré, insoluble dans l'eau, presque insoluble dans l'alcool froid, un peu plus dans l'alcool bouillant, mais facilement soluble dans l'alcool très chaud.

Cette palmitine a des caractères physiques qu'il est très important de préciser pour la compréhension de ce qui va suivre. D'après Schœdler, en fondant, elle présente, comme le soufre, un phénomène particulier : qu'elle soit naturelle ou obtenue synthétiquement, elle n'a pas seulement un point de fusion, mais trois. A 46°, elle commence par devenir liquide et transparente, pour se solidifier à nouveau, même si on continue à chauffer plus fort. A 61°,7, elle fond provisoirement, puis se resolidifie encore une fois, et *ce n'est qu'à 62°,8 qu'elle reste liquide d'une façon permanente. Si on la laisse alors refroidir, elle se prend en une masse transparente, creuse et cassante.*

Ainsi donc voilà le corps qui, d'après MM. Hallopeau, Danlos et Duret, a tous les avantages des corps gras sans les inconvénients : la palmitine en effet ne rancirait pas. Je demande la permission de poser une simple question : sur quelle expérience repose cette affirmation? ou sur quelle autorité s'appuie-t-elle?

Et ici je tiens à bien préciser, pour que dans la suite on accorde aux mots leur signification véritable. Que la palmitine, corps solide, ne rancisse pas sous cet état, c'est bien possible, mais encore faut-il qu'on nous en fournisse la preuve.

Toute différente est la palmitine dont il est ici question, c'est-à-dire

la palmitine transformée au point que sa température de fusion s'abaisse de moitié, puis, sous cette forme, battue au contact de l'air, divisée à l'infini, et maintenue un temps variable au contact de l'oxygène emprisonné durant le battage. Autrement dit, il ne faut pas que la discussion s'égare, et qu'on me fasse ainsi confondre palmitine, corps défini, avec le mélange qu'on nous propose, à base de palmitine.

Quand un corps gras s'écarte à ce point de la règle classique, commune à tous les corps gras, il n'est pas admissible, en effet, qu'un fait aussi curieux n'ait pas été signalé, surtout quand la synthèse de ce corps a été réalisée par un chimiste qui a nom Berthelot! Je ne nie pas le fait, je demande simplement par qui il a été établi. C'est là un détail qu'on a oublié de nous faire connaître, malgré son intérêt capital.

Quoi qu'il advienne, il est un autre fait qui n'a pas besoin d'être démontré à nouveau : c'est que la palmitine, éther palmitique de la glycérine, se comportera vis-à-vis des réactifs chimiques comme un éther de la glycérine, c'est-à-dire qu'il sera, dans certaines conditions, saponifié avec régénération de ses deux composants, la glycérine et l'acide palmitique. Or, quelles conditions plus contraires à la thèse de nos collègues et plus favorables à la mienne peut-on rêver que celles dans lesquelles nous nous trouvons? Dans la préparation de l'huile grise, le corps gras est d'abord exposé au contact de l'air durant toute l'opération du battage, mais là ne s'arrête pas l'action de l'oxygène. Elle se poursuit en effet longtemps après, peut-être même indéfiniment, et dans des conditions d'autant plus propres à faciliter son action oxydante qu'il est incorporé au mélange et en quelque sorte emprisonné et comme interposé entre les particules infiniment ténues du corps gras. C'est pour cette raison, raison vitale pour le produit, que j'écrivais précédemment : « Les substances composant l'excipient devront être aussi inaltérables que possible, et surtout ne pas rancir, de façon à assurer au produit une conservation facile, complète, et pour ainsi dire indéfinie. » C'est grâce à cette précaution que depuis des années je conserve des échantillons d'huile grise qui sont demeurés en parfait état. Pour un médicament de longue haleine, comme l'huile grise, la difficulté est en effet beaucoup moins dans la préparation que dans la conservation ; c'est ce qu'il importe de ne pas perdre de vue.

Mais ce n'est pas tout. Il y a encore, contre l'emploi de la palmitine, deux points intéressants à élucider : le premier est relatif à la température de fusion ; le second est tiré du prix d'achat de ce produit. Nous verrons, à propos de la préparation proprement dite, ce que valent ces deux arguments.

Je ne reviendrai pas sur l'excipient proposé dans ma notice, excipient légèrement modifié dans la formule communiquée par M. Queyrat à la Société médicale des hôpitaux, et qui a fait des milliers et des

milliers de fois ses preuves. On ne l'a du reste pas attaqué directement. M. Duret n'en veut qu'à la vaseline et à l'huile de vaseline, « corps insolubles dans l'organisme, provoquant des enkystements qui, un beau jour, pour une raison souvent inconnue (irritation, choc, massage) envahissent l'organisme d'un flot de mercure!... » (page 1 de sa notice). Mon collègue semble ici confondre les injections bien faites, qui ne donnent généralement lieu à aucun nodus, avec les piqûres mal faites qui occasionnent fréquemment des nodi. La faute en effet, dans la majorité des cas, est moins au produit injecté qu'à la technique. Tout le monde, je crois, est à peu près d'accord sur ce point.

Mais que vaut, au point de vue douleur et tolérance, l'excipient qu'on nous présente? Pour ce qui est de la tolérance, il n'est pas douteux qu'elle ne soit inversement proportionnelle au volume injecté, toutes choses égales d'ailleurs, bien entendu; or on nous propose d'injecter 1 centimètre cube là où nous avons la facilité de n'injecter qu'un quart de centimètre cube tout au plus! A ce point de vue donc, la conclusion est facile à tirer.

Reste la question douleur. MM. Hallopeau et Danlos viennent de critiquer l'excipient à base de vaseline « qui ne masque pas l'irritation des produits qu'on lui incorpore », dit M. Hallopeau. La réponse est facile. Les injections d'huile grise ne se comptent plus aujourd'hui par milliers, mais par centaines de mille! Sont-elles irritantes? Non, quand elles sont faites convenablement. Or, elles sont cependant à base de vaseline et d'huile de vaseline, avec ou sans lanoline. L'expérience de tous les jours n'est donc pas pour donner raison à nos collègues. Au reste, on ne voit pas quelle irritation l'excipient peut bien avoir à masquer quand il s'agit d'huile grise. Sans doute un excipient capable de masquer l'irritation des produits qui y sont incorporés, réaliserait un progrès considérable, mais c'est là un espoir qui, je le crains, risque de demeurer chimérique longtemps encore. Le plus qu'on puisse demander à un excipient, c'est qu'il soit indolore et d'une tolérance suffisante. L'excipient lanoline et huile de vaseline avec ou sans vaseline, répond parfaitement à ce desideratum. En est-il de même de l'excipient à la palmitine? Je l'ignore, n'ayant à ce sujet aucune expérience personnelle, mais la formule préconisée n'est pas faite pour encourager: on corrige cet excipient par addition d'un analgésique (0 gr. 20 de gâicol camphré pour moins de 0 gr. 80 de palmitine). C'est donc qu'il est mal toléré ou douloureux! Il serait difficile d'imaginer un argument plus péremptoire.

3^e *Addition d'analgésique.* — En 1901, j'ai montré ici même que certaines huiles biiodurées étaient fréquemment additionnées de gâicol, afin d'en atténuer la douleur immédiate. L'année suivante, la thèse de Lévy-Bing mentionnait que j'avais signalé le camphre dans les huiles au calomel venant d'Italie. La même année, M. le

D^r Rouffilange associait dans le cas d'injections huileuses douloureuses (huiles biiodurées, huiles au sublimé, etc.), le camphre et le gafacol.

Trois ans après, M. Griffon présentait à la Société de Dermatologie des préparations insolubles, huileuses, additionnées d'un corps nouveau, le gafacoloïd, combinaison moléculaire de camphre et de gafacol. J'eus l'honneur de faire remarquer qu'il n'y avait guère là de nouveau que le nom. On m'objecta, sans en fournir d'ailleurs, ni à ce moment-là ni depuis, aucune preuve, que la combinaison camphre-gafacol se comportait différemment suivant qu'elle avait lieu avant ou après sa dissolution dans l'huile. Quoi qu'il en soit, c'est cette combinaison, non pas nouvelle comme on le dit, mais antérieure même à l'expérimentation thérapeutique du D^r Rouffilange en 1902, qu'on nous propose d'utiliser comme analgésique.

A propos de l'utilité d'associer à l'huile grise un adjuvant ou un correctif, nous savons que l'adjonction d'un analgésique est pour le moins inutile : tel est du moins l'avis qu'émettait ici-même notre collègue Lévy-Bing, à la séance de janvier 1905, à propos de la présentation d'une huile grise rendue indolore au moyen d'un anesthésique : « L'huile grise bien préparée et injectée selon les règles, n'est jamais douloureuse, disait-il ; il y a lieu de s'étonner qu'on recherche un moyen de la rendre indolore, alors qu'elle l'est déjà naturellement. » Tous les praticiens savent en effet que l'injection d'une bonne huile grise ne s'accompagne généralement d'aucune douleur immédiate ; et, sans vouloir faire de réclame, je n'hésite pas à déclarer qu'il y a parmi vous nombre de collègues à pouvoir affirmer que les choses se passent ainsi avec l'excipient dont je vous garantis la formule intégrale, sans sous-entendu, ni tour de main. Ainsi donc l'addition d'un analgésique est pour le moins inutile.

J'ai du reste à vous offrir une opinion des plus intéressantes en l'espèce : celle de M. Danlos lui-même. Dans une discussion relative aux injections mercurielles (Soc. de Thér., 8 novembre 1905), M. F. Vigier ayant fait remarquer que l'on pouvait, contre la douleur, utiliser le gafacol ou le camphre, mais que « si l'opération était bien faite on n'observait aucune douleur », M. Danlos répondait : « Cela est vrai avec l'huile grise, mais avec le calomel on a souvent des nodosités, quoi qu'on fasse. Si l'on ajoute un anesthésique, *gafacol ou autre, ce dernier est rapidement absorbé*, alors que la douleur due au calomel n'apparaît que 36 à 48 heures après l'injection et dure plusieurs jours. *L'effet anesthésique a disparu longtemps avant que la douleur commence à se manifester.* »

Voilà donc un double aveu : 1^o que l'huile grise bien faite et bien injectée est indolore ; 2^o que l'effet anesthésique a disparu longtemps avant l'apparition de la douleur qui, pour le calomel, apparaît 36 à 48 heures après l'injection.

Pourquoi, dès lors, cette addition d'analgésique, si elle est doublement inutile? Ce ne peut être contre les douleurs tardives, puisqu'elles ne se produisent guère que du 2^e au 3^e jour! Ce ne peut être pour agir au bout de 36 à 48 heures, puisque l'élimination du gaïacol atteint son maximum au bout de 5 à 6 heures (Sciolla), pour être à peu près complète en 24 heures (Linossier et Lannois). Mais si ce n'est pas contre les douleurs tardives, c'est donc contre les douleurs immédiates, douleurs qui ne peuvent alors incomber qu'à l'excipient, ainsi que nous le faisons observer précédemment.

Je vais plus loin. Cette addition, doublement inutile, est-elle inoffensive? On nous dit en effet : « C'est un analgésique puissant, non toxique. » Sans doute, il ne tue pas, mais pour qu'un corps soit toxique, il n'est pas nécessaire qu'il donne la mort en quelques heures ; il suffit qu'il la prépare ou qu'il la facilite. Une dent cariée, une gencive ulcérée, ne sont pas non plus des éléments toxiques au sens strict du mot, ce qui ne les empêche pas néanmoins d'avoir à leur passif plus d'un cas de mort par stomatite gangreneuse. Il faut et il suffit que le gaïacol intervienne comme cause d'irritation rénale. Or le gaïacol appartient à la classe des phénols : c'est de la méthylpyrocatechine, phénol diatomique. Au point de vue toxique, les lésions qu'il détermine paraissent identiques à celles causées par la créosote et le phénol (Guinard). Ces corps s'éliminent en grande partie par les urines, et vous avez tous vu la coloration plus ou moins noirâtre prise par l'urine des sujets atteints d'intoxication phénolique même légère. N'est-il pas à craindre, dès lors, qu'une injection hebdomadaire de gaïacol n'ait à la longue sur le rein, une répercussion fâcheuse? Or, en syphilithérapie, quel organe doit être ménagé et surveillé autant que le rein? Il est la barrière qui, suivant son fonctionnement bon ou mauvais, permet d'éviter ou occasionne au contraire l'intoxication et la mort.

Cette action du gaïacol sur le rein n'est pas une vague supposition pour les besoins de la cause que je soutiens : Desplats a montré, en 1894, à la Société médicale des hôpitaux, que le gaïacol agit comme *diurétique, même en applications locales* ; la diurèse se manifeste dès le 3^e jour, et atteint parfois des proportions considérables : jusqu'à 5 litres dans un cas.

M. Danlos, pour montrer l'« exagération » de mon assertion, m'objecte les doses autrement importantes de gaïacol administrées aux tuberculeux sans qu'il en résulte d'accidents du côté du rein. — L'objection est spécieuse et pourrait influencer d'autres praticiens que vous. Mais dans une Société comme celle-ci, dont tous les membres sont plus ou moins syphiligraphes, cette objection tombe d'elle-même en voulant comparer deux choses qui ne sont pas comparables. Qu'y a-t-il de commun, en effet, entre l'élimination du gaïacol chez un

tuberculeux, où cette élimination constitue *tout* le surcroît de travail du rein, et ce *même* travail imposé à un rein qui est peut-être déjà *touché par la syphilis* et qui doit *suffire en outre à l'élimination d'un poison : le mercure* ? M. Danlos compare, en somme, l'élimination du gaiacol *isolément*, et celle de ce même corps *associé au mercure, chez un syphilitique* ! L'énoncé seul de cette objection tient lieu de réponse.

Ainsi donc, pendant que M. Duhot donne le lait en boisson à ses syphilitiques en traitement, afin de mieux ménager leur rein, ce qui lui permet d'injecter sans accident 14 centigrammes de métal par semaine, pendant 10, 15 et même 20 semaines consécutives, on vous propose de leur injecter des dérivés phénoliques ! Il est vrai qu'on vous offre comme compensation d'abaisser le pourcentage en mercure de 0,50 à 0,10 centigrammes.

4^e Préparation. — J'en ai fini avec les éléments constitutifs de la formule de M. Duret pris en particulier ; il nous faut maintenant considérer brièvement la préparation elle-même, dans son ensemble. Supposons, si vous le voulez, tout ce que je viens de reprocher à cette formule comme complètement négligeable, théoriquement et pratiquement ; vous libellez alors la formule telle qu'on nous la présente, et vous la donnez à réaliser à votre pharmacien ou à votre interne en pharmacie. Que va-t-il se passer ? Rien que de très ordinaire, me direz-vous ; on exécutera purement et simplement l'ordonnance. — Eh bien, pas du tout ! on vous répondra qu'on ne peut pas exécuter l'ordonnance, et cela, pour deux raisons qu'il me reste à vous exposer.

La première raison, je me hâte d'en convenir, sera de courte durée, du moins pour le pharmacien de ville. Il vous fera attendre assez longtemps votre médicament, mais ce n'en sera pas la faute ; il apprendra à ses dépens et à sa surprise qu'on ne trouve pas facilement de palmitine pure sur la place de Paris et qu'on est obligé de la faire venir d'Allemagne, ainsi que vous pouvez le constater par l'échantillon que je vous présente. Une fois cette difficulté vaincue, l'inconvénient ne se reproduira plus, et le pharmacien sera constamment à même de vous donner satisfaction, sur ce premier point du moins.

À l'hôpital, les choses se passeront tout différemment, et je crains bien que le comité des médicaments à l'Assistance publique n'oppose un veto formel et définitif à votre demande. Vous en serez moyennement surpris quand on vous répondra que la palmitine coûte de 6 à 700 francs le kilogramme.

Ce prix présente même une particularité très intéressante à considérer, mais dans un ordre d'idées qui n'a rien de scientifique ; je ne m'y arrêterai pas quant à présent, et j'arrive immédiatement à la seconde raison que je vous ai annoncée plus haut.

Cette seconde raison diffère de la première en ce qu'elle est la même

pour le pharmacien de ville et l'interne en pharmacie, et en ce qu'elle n'est pas passagère mais permanente.

Prenez de la palmitine pure, fusible à 62°; ajoutez-y une combinaison moléculaire de camphre et de gaiacol dans les proportions indiquées par la formule, soit 0 gr. 20 de l'anesthésique et quantité suffisante de palmitine pour compléter 1 centimètre cube; opérez un mélange intime et dites-nous à quelle température se produit le point de fusion. — A la température de la main, répondent les auteurs. — Possible, si l'on a la main assez chaude, mais pour cela il faut qu'elle atteigne 55°! Alors? — Alors... je ne sais plus! M. Duret dit bien quelque part dans sa « *Note brève sur l'huile grise* » « qu'il éteint mécaniquement le mercure avec des traces de lanoline purifiée, sans addition de corps étrangers ». Il est vrai que la lanoline, qui semble ainsi faire partie de la préparation, n'est cependant pas mentionnée dans la formule, mais ce ne sont pas « des traces (1) de lanoline purifiée » qui abaisseront le point de fusion de 55° à la température de la main. — Alors? Alors!... ni le pharmacien, ni l'interne en pharmacie ne pourront exécuter l'ordonnance s'ils ne sont pas plus adroits que moi. Je tiens, à ce propos, à bien faire observer que je n'incrimine personne, si ce n'est moi-même, de mon manque d'habileté. Je constate un fait : j'exécute la formule de M. Duret telle qu'on nous la communique, soit par écrit, soit de vive voix, et j'arrive à un résultat très différent de celui qui nous est annoncé ; je ne dis rien de plus.

Cette question pourra, du reste, être élucidée prochainement. M. le Président va en effet demander la nomination d'une commission chargée de synthétiser toute cette discussion et d'établir une formule, unique j'espère, et définitive, d'huile grise.

J'apporterai de la palmitine (celle-ci est parfaite et fond à 62°), une combinaison moléculaire de camphre et de gaiacol, et du mercure purifié. Un opérateur sera désigné pour réaliser la formule telle qu'on nous la donne. J'apprendrai ainsi comment, avec un corps qui fond à 62°, on arrive, sans addition autre que celle de gaiacol camphré, à obtenir un produit fusible à une température moitié moindre, celle de la main.

D'autre part, comme une des qualités essentielles d'une préparation officinale est d'être facile à exécuter par tout pharmacien, on profitera

(1) M. Danlos vient de préciser ce qu'il convient d'entendre par « traces de lanoline ». Le poids de lanoline employé par M. Duret est de « 20 grammes pour 100 grammes de mercure ». Comme il y a seulement 10 centigrammes de mercure dans la formule préconisée, le chiffre de lanoline se trouve ainsi être de 2 centigrammes : $\left(\frac{20 \times 0,10}{100} = 0,02 \right)$. C'est là un détail important à considérer, car il montre que cette proportion de lanoline ne suffit pas à abaisser le point de fusion de 55° à 30° environ.

de cette opération pour fixer un point de détail que nos collègues ont encore négligé. Au lieu d'écrire comme ils le font : palmitine... quantité suffisante pour 1 centimètre cube, ce qui complique singulièrement le travail, la palmitine n'étant pas commodément mesurable *en volume*, puisqu'elle est pulvérulente, on évaluera *en poids* cette quantité suffisante, de façon, je le répète, à préparer autant que possible la besogne aux confrères, et à rendre la formule facile à réaliser. C'est ce que j'ai eu grand soin de faire dans l'énoncé de celle que j'ai publiée.

Pour donner à cette expérience toute sa valeur, et montrer que cette discussion a bien pour but de servir la question de l'huile grise, et non de s'en servir, je demande à M. le Président la permission de soumettre à la Société un vœu exprimé ici-même, en novembre dernier, par M. Danlos : notre collègue désirait que je ne fusse pas seul pharmacien à donner mon avis. J'accepte, quant à moi, cette proposition, en spécifiant toutefois que mes collègues devront être choisis de préférence parmi les membres de la Société de Pharmacie de Paris, qui est en quelque sorte notre Académie de Pharmacie. Dans ces conditions, je m'associe de grand cœur au vœu formulé par M. Danlos.

En conséquence, pour les différentes raisons exposées dans ma première notice, et pour celles développées dans cette discussion relativement :

Au pourcentage en mercure : expérimenté il y a plus de 15 ans, unanimement abandonné des praticiens de la méthode, se séparant profondément de la conception de Lang, et très différent de celui qui va être prescrit par le Codex ;

A l'excipient spécial : corps gras susceptible de rancir (jusqu'à preuve contraire), d'un prix excessif pour l'hôpital, d'un point de fusion beaucoup trop élevé, et offrant d'autant moins de garantie au sujet de la tolérance, qu'on conseille de lui adjoindre un analgésique ;

A l'anesthésique : parfaitement inutile avec l'emploi des excipients habituels, incomplètement dépourvu d'action sur le rein, et présentant en outre, par son odeur pénétrante, l'inconvénient de ne pas permettre au médecin de percevoir l'odeur de rance au cas où elle existerait ;

A la préparation : que je déclare irréalisable dans les termes où elle est prescrite ;

Je propose :

1^o De rejeter dans son intégralité la formule présentée par M. Danlos au nom de M. Duret ;

2^o De n'adopter, contrairement au désir de quelques collègues, ni 3, ni 2, mais *un seul type* d'huile grise *forte* (0,40 centigrammes de Hg. par centimètre cube, par exemple). Cette concentration concilie tous les desiderata, en ce qu'elle peut s'employer pure, ou être faci-

lement diluée à 1/2 ou à 1/4, mais seulement sur demande formelle du médecin ;

3^o De nommer une commission, composée de praticiens et d'hommes de science, à l'effet de vérifier mes affirmations et de contrôler les résultats expérimentaux que je viens d'avoir l'honneur de communiquer à la Société.

Réponse à M. Lafay au sujet d'une nouvelle formule d'huile grise.

Par M. DANLOS.

M. Duret n'étant pas membre de notre Société, je suis moralement obligé de répondre à M. Lafay. Je le ferai aussi brièvement que possible et je reprends ses volumineuses critiques dans l'ordre où il les a lui-même présentées.

1^o *Proportion du mercure.* — Peut-être M. Lafay m'a-t-il écouté d'une oreille un peu distraite, car il semble croire que M. Duret propose un type unique d'huile grise, l'huile de sécurité, à 10 centigrammes par centimètre cube. Je renvoie à ma communication, et je me contente de relever les critiques qu'il dirige contre ce dosage. A ce titre, dit-il, l'huile grise n'est pas d'un emploi pratique, et son injection est douloureuse. Elle n'est pas pratique, parce que le médecin qui aura besoin d'élever les doses sera obligé, s'il dépasse 10 centigrammes, d'avoir une seringue de 2 centimètres cubes et d'user deux flacons d'huile. A ceci je répondrai que le chiffre de 10 centigrammes sera généralement très suffisant ; et que, dans le cas contraire, le praticien n'aura qu'à faire les piqûres à intervalles moindres ou plus simplement, s'il a une seringue de petit calibre, à employer le type d'huile à 40 p. 100.

Reste la question douleur. J'ignore, n'ayant jamais fait usage que d'huile à 40 p. 100, si celle à titre moindre est réellement douloureuse. Les quelques injections pratiquées dans mon service avec l'huile à 10 centigrammes de Hg. n'ont pas causé de douleur, mais leur nombre infime ne me permet pas de conclure. Tenant provisoirement pour légitimes les assertions de M. Lafay, je demande que *jusqu'à preuve contraire*, ces conclusions ne s'appliquent qu'aux huiles à base de vaseline, et non à celle de M. Duret dont l'excipient est tout différent.

2^o *Nature de l'excipient.* — Dans les formules de M. Duret, l'excipient du mercure est complexe : lanoline, palmitine, galacoloïd. Contrairement aux assertions de son confrère, qui dit que la palmitine pure ne rancit pas, M. Lafay affirme *a priori* que comme l'oléine, la palmitine doit rancir. Ce raisonnement par analogie n'est pas rigoureux ; et je pourrais à mon tour lui demander de faire la preuve. A défaut des

essais directs qu'il réclame avant d'admettre la stabilité de la palmitine, je puis lui signaler une analyse déjà ancienne qui fournit à l'appui de cette hypothèse une présomption très sérieuse. Un morceau de suif resté dans une lanterne, au fond d'un puits de mine abandonné depuis plus de 220 ans, fut analysé par Ludwig. Il se composait exclusivement de palmitine et de stéarine, l'oléine avait disparu. C'est la preuve demandée par M. Lafay ; peut-être en existe-t-il d'autres. L'auteur de l'analyse semble en outre en tirer cette conclusion que la décomposition de la stéarine et de la palmitine à la température ordinaire suppose l'action d'un ferment. Je me borne pour l'instant à signaler cette remarque, dont je tirerai parti tout à l'heure.

M. Lafay nous dit encore que l'altération de la palmitine doit être d'autant plus prompte qu'elle se trouve en contact intime avec l'air emprisonné par le battage pendant la préparation de l'huile. Je ne sais si l'emploi du microscope permet de constater cet emprisonnement d'air, il est vraisemblable et je l'admettrais volontiers. Mais cette incarcération d'air, supposée réelle, devrait agir sur la lanoline pendant le trituration ou sur le mercure à l'état d'extrême division, plutôt que sur la palmitine qui n'est incorporée au mélange mercuriel qu'après le battage et dans des conditions où l'oxydation est peu probable. M. Lafay nous dit en effet avec beaucoup d'à-propos que le galacol est de la méthyl-pyrocatechine. Il ne peut ignorer, par conséquent, qu'il possède à ce titre des propriétés réductrices ; la palmitine est donc protégée contre l'oxydation, puisqu'elle n'entre en contact avec le mercure éteint dans la lanoline qu'après son mélange avec le galacoloïd. Autre argument de présomption : Ludwig, comme je l'ai dit plus haut, pense que pour dissocier la palmitine un ferment est nécessaire. Comment un ferment figuré, seul admissible ici, pourrait-il agir dans un milieu qui contient à dose élevée trois antiseptiques puissants : mercure, galacol et camphre ?

Concluons donc que, jusqu'à plus ample informé, les chances de rancissement de la palmitine sont bien minimes.

Contre l'emploi du galacol, M. Lafay soulève une autre critique : il affirme que le galacol est dangereux pour les reins, et, rejetant cette fois la valeur du raisonnement par analogie qu'il employait tout à l'heure, me reproche l'argument tiré de la tolérance considérable des tuberculeux pour la créosote et par conséquent pour le galacol. J'ai dit et je maintiens, après avoir fait à des tuberculeux nombre d'injections massives (répétées tous les deux jours) d'huile créosotée au dixième, que ces malades, même quand ils ont un peu d'albumine dans l'urine, supportent généralement bien la créosote. Or, il y a loin de ces doses énormes aux petites doses hebdomadaires absorbées par une injection d'huile grise. M. Duret n'ayant pas fait connaître la proportion exacte des produits qu'il mêle au mercure,

je ne puis indiquer avec précision le poids du gaiacol injecté, mais comme il est très inférieur dans l'huile commune (40 p. 100) à celui du mercure et que la dose moyenne de celui-ci ne dépasse pas 15 centigrammes, on voit qu'il s'agit de quelques centigrammes, quantité vraiment négligeable. Je suis donc en droit de conclure par analogie que la crainte du gaiacol chez les syphilitiques sera généralement chimérique. Il est vrai que M. Lafay suppose que chez tous les syphilitiques l'excrétion du gaiacol, s'ajoutant à celle du mercure, expose le rein à un surmenage fonctionnel dangereux. Ce danger, je le crois imaginaire pour les raisons suivantes :

Les reins chez les syphilitiques sont bien moins souvent malades ou en état d'imminence morbide, que M. Lafay ne semble le croire, et la fréquence de la néphrite syphilitique secondaire ne m'est rien moins que démontrée. Dans mon service, l'urine de tous les malades, sans exception, est toujours examinée au point de vue du sucre et de l'albumine ; des milliers de syphilitiques y ont passé, et je suis en droit d'affirmer que l'albumine est rare chez eux ; et quand elle existe, il y a souvent des raisons de supposer qu'elle préexistait à la syphilis, supposition confirmée par ce fait que, fréquemment, le traitement mercuriel est sans action sur elle.

J'ajoute que ces sujets supportent bien même des doses élevées de mercure. Je répète, sur ce point, ce que j'ai eu l'occasion de dire un jour à la Société : c'est que chez des sujets atteints d'albuminurie latente même très abondante, et par ce mot latente, j'entends l'albuminurie sans trouble morbide caractéristique et ne se révélant qu'à l'essai de l'urine, le mercure en injections massives est parfois très bien toléré. Les quelques centigrammes de gaiacol qu'on lui associe sont donc vraisemblablement sans aucune importance, d'autant plus que le rein n'est pas le seul émonctoire du gaiacol. Tous ceux qui ont fait des injections de créosote savent qu'au bout de quelques minutes, l'haleine des malades exhale l'odeur caractéristique de ce produit.

3^e — M. Lafay déclare enfin la *préparation irréalisable* dans les conditions sommairement indiquées par M. Duret et conteste, en particulier, l'abaissement du point de fusion. J'ai déjà dit que je regrettais la concision peut-être voulue de M. Duret, et je ne puis que le répéter. Sur ce point je ne veux répondre qu'un mot, c'est que j'ai vérifié, et que notre président M. Fournier a bien voulu répéter devant vous la petite expérience de la fusion à la température de la main. Quant à la composition de la masse injectée, je n'ai d'autre garantie que l'affirmation de M. Duret. M. Lafay la trouve insuffisante et demande une commission de contrôle, je n'y contredis pas ; mais je proteste quand il propose préalablement le rejet des formules de son confrère. Au moins devrait-il attendre les conclusions de cette commission. Qu'arrivera-t-il, en effet ? Ou bien M. Duret acceptera d'exécuter

devant la commission ses formules qui seront trouvées exactes et la commission n'aura qu'à enregistrer le fait ; ou bien s'il a, ce que j'ignore absolument, quelque artifice de préparation, en terme de métier, un tour de main, il refusera de le divulguer ; et l'on ne sera pas en droit de conclure contre lui. Il existe un certain nombre de préparations usuelles, telles que le baume de Baissade, le lipiodol, etc., dont les formules sont connues, et dont la préparation reste pourtant mystérieuse, puisque d'autres que les inventeurs n'ont pas réussi à les reproduire. En est-il de même des préparations Duret ? Je n'en sais rien, et je soulève cette question simplement pour indiquer que l'impuissance d'une commission à reproduire les produits incriminés ne prouverait pas *ipso facto* l'impossibilité de les établir. La commission toutefois pourrait rendre un très grand service, celui d'analyser le produit et de vérifier s'il possède en mercure le titre indiqué. Si le titre est faux, la condamnation sera légitime. Si l'analyse confirme le titre et la proportion *approchée* des autres produits indiqués par M. Duret (je dis *approchée*, car l'analyse quantitative exacte de ce mélange organique me semble très difficile), la préparation devra — réserve faite d'une vérification clinique — être réputée supérieure aux produits similaires. La parole est à l'analyse, attendons ses conclusions.

M. A. FOURNIER. — La discussion qui vient d'avoir lieu a montré que nous sommes unanimes sur la nécessité de reviser la posologie de l'huile grise. Une semblable réforme ne peut être l'œuvre que d'une commission dont le rapport serait agréé par une Société savante. Or la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie est certainement la plus compétente et la plus désignée pour recevoir ce rapport. Je propose donc à la Société de nommer une commission pour fixer un type de formule d'huile grise. Cette commission fera un rapport qui, après avoir été discuté par la Société, sera transmis à la Commission du Codex.

M. QUEYRAT. — Je voudrais terminer cette discussion par une remarque d'ordre intérieur. Je demande que les pharmaciens ne transforment pas en réclames les présentations de produits qu'ils font faire à notre Société. La Société de Dermatologie ne doit pas servir d'estampille à des réclames pharmaceutiques, et je prie instamment notre Bureau de mettre fin à de semblables abus.

Le secrétaire :

L. BRODIER.

Le Gérant : PIERRE AUGER.

SÉANCE DU 2 MAI 1907

Présidence de M. H. Hallopeau.

SOMMAIRE. — Ouvrage offert à la Société. — Chancre tardif ou syphilide diphtéroïde précoce de la lèvre inférieure, par MM. BALZER et MERLE. — Sur un épithélioma très volumineux du cuir chevelu, par MM. HALLOPEAU et GARBAN. (Discussion : M. MORESTIN.) — Nouvelle note sur un cas d'onychomycose, par M. HALLOPEAU. — Sur un cas grave de lèpre mixte qui va être traitée par la solution à hautes doses d'atoxyl, par MM. HALLOPEAU et BOUDET. (Discussion : M. DE BEURMANN.) — Langue noire produite par l'eau oxygénée, par M. L. BIZARD. (Discussion : MM. BAUDOUIN, DANLOS, DE BEURMANN, DÉHU, BIZARD, CHATIN.) — Un nouveau cas de trichosporie (*Piedra nostras*) observé en France, par MM. GUSTAVE BUREAU et ALPHONSE LABBÉ. — Lichen plan unilatéral de la bouche, par M. LOUSTE. — Lupus érythémateux de la face et de la langue, par M. GAUCHER. — Lichen plan du fourreau de la verge et de la bouche, par MM. GAUCHER et LOUSTE. — Analyse d'une note de M. CARLIER sur le traitement de la syphilis, par M. MILIAN. — Sporotrichose ; lymphangite noueuse sporotrichosique ascendante, par MM. DE BEURMANN et GOUCHEROT. — Quatre cas de cancer du nez, par M. MORESTIN. — Cancer de la lèvre inférieure et de la joue, par M. MORESTIN.

Ouvrage offert à la Société.

Bulletins et Mémoires de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, année 1906.

Chancre tardif ou syphilide diphtéroïde précoce de la lèvre inférieure.

Par MM. BALZER et P. MERLE.

Ce malade, âgé de 20 ans, vint à l'hôpital Saint-Louis pour plusieurs lésions siégeant au prépuce et à l'orifice buccal et qui survinrent 22 jours après un coït. Il apparut d'abord sur le côté gauche du prépuce un bouton qui donna naissance au chancre que nous constatons ; il est ovale, son grand diamètre mesurant un centimètre et demi environ, d'aspect érosif, sans enduit diphtéroïde ni revêtement croûteux, indolore ; on constate à la palpation une induration légère, en carte de visite, très nette. Trois ganglions sont perçus dans l'aîne correspondante, le plus interne plus volumineux que les deux autres.

Quinze jours après le début de ce chancre préputial, apparut à la commissure labiale gauche une lésion qui donna bientôt ce que nous consta-

tons actuellement, c'est-à-dire une petite érosion arrondie, plissée au niveau de sa partie interne qui intéresse le rebord labial : son pourtour est marqué par un léger bourrelet rosâtre, elle est recouverte d'un enduit diphtéroïde, et sa base est indurée.

Enfin, 2 ou 3 jours plus tard, le chancre préputial existant déjà depuis 18 jours, il se forma sur la lèvre inférieure une petite plaque blanche, plate, ressemblant à une brûlure, dit le malade : elle s'étendit par la périphérie et il en apparut, à 2 centimètres, une autre identique : toutes deux arrivèrent à confluence pendant que se déclarait l'adénopathie sous-maxillaire qui entraînait déjà une certaine gêne de la déglutition. Il existe actuellement sur la lèvre inférieure un large placard médian et blanchâtre dont le diamètre atteint 2 centimètres. Le bord supérieur de la lésion apparaît comme formé par la fusion de deux cercles. Ce placard fait une légère saillie sur la muqueuse, il n'empiète pas en bas, sur la peau ; il est recouvert d'une membrane d'un blanc laiteux, régulière et homogène.

Cet aspect est aussi net au pourtour de la lésion qu'à son centre, il tranche sur la couleur rose de la muqueuse. Il s'agit plutôt d'une sorte d'enduit épais que d'une fausse membrane solide. Il se laisse enlever assez facilement et cette fragilité n'a pas permis à la lésion de persister pendant plus de 2 jours dans son état primitif ; elle prit bientôt un aspect jaune sale, devint légèrement croûteuse et l'enduit diphtéroïde tomba complètement pour laisser une surface érosive légèrement suintante. Il existe de l'induration et une légère tuméfaction de la lèvre inférieure.

Au moment où la fausse membrane se détachait, nous avons recherché dans le liquide *exsudé au-dessous d'elle* le *Treponema pallidum* par la méthode de Giemsa et nous l'avons trouvé en très *grande quantité*, tandis que les préparations faites avec de la sérosité de la lésion commissurale ne contenaient pas de tréponèmes.

Le malade présente une adénopathie sous-maxillaire extrêmement marquée, non seulement accentuée aux angles des mâchoires, mais encore dans la région sus-hyoidienne ; elle constitue comme une sorte de fer à cheval et les mouvements de la tête ainsi que la déglutition sont gênés ; ces ganglions sont douloureux à la pression. Cette adénopathie a persisté pendant plus de 15 jours avec ces mêmes caractères et n'a rétrogradé que fort lentement. Il n'existait pas de ganglions épitrochléens ni cervicaux : nous en avons trouvé un ou deux dans l'aisselle droite et un autre dans le creux sus-claviculaire gauche.

Pendant son séjour à l'hôpital, le malade n'a pas présenté de roséole. Il a souffert quelques jours d'une angine légère : les amygdales et le voile du palais étaient érythémateux, sans plaques muqueuses.

Nous avons incliné vers le diagnostic de syphilide précoce, mais on pourrait aussi défendre celui de chancre tardif, paru une quinzaine de jours après celui du prépuce. L'adénopathie sous-maxillaire peut même être considérée comme ajoutant un argument de valeur à ce diagnostic. Ce qui nous a fait hésiter à l'adopter, c'est qu'après la chute de la fausse membrane, la lésion de la lèvre a pris de suite un aspect qui ressemblait plutôt à celui d'une plaque muqueuse qu'à celui

d'un chancre. En somme, la question nous a paru difficile à trancher.

La lésion de la lèvre inférieure nous a paru intéressante par ses caractères objectifs et son aspect inusité ; M. Baretta a bien voulu en exécuter un moulage pour le musée de l'hôpital Saint-Louis. Nous avons tenu à faire ressortir aussi dans la présente note l'abondance des tréponèmes au-dessous de la pseudo-membrane.

Sur un épithélioma très volumineux du cuir chevelu.

Par MM. HALLOPEAU et GARRAN.

Les résultats si remarquables dont M. Morestin vient de nous donner les témoignages (1) nous encouragent à vous présenter cette malade, atteinte d'un épithélioma que l'on peut qualifier de géant. Son histoire peut être résumée ainsi qu'il suit :

L... (Louise), domestique, âgée de 62 ans, est entrée, le 13 avril 1907, au 26 de la salle Lugol. L'affection a débuté, il y a 15 ans, par une petite saillie, de l'apparence d'une fraise ; au bout de 5 ans, la petite tumeur a commencé à grandir ; elle a pris des proportions considérables et s'est ulcérée depuis 5 ans ; elle a été soignée, depuis 6 mois, par M. Cadol, à Asnières ; la tumeur a résisté à tout traitement et a pris une extension de plus en plus considérable.

Aujourd'hui, toute la moitié gauche du cuir chevelu, depuis la ligne médiane jusqu'au lobule de l'oreille dans le sens transversal, depuis le front jusqu'à l'occiput dans le sens antéro-postérieur, est recouverte par une vaste ulcération végétante de l'apparence d'un chou-fleur ; sa coloration est d'un rose vif, avec flots noirâtres de tissu sphacélé ; l'odeur est fétide, nauséuse ; les dimensions de l'ulcération atteignent 15 à 18 centimètres environ dans les deux diamètres ; elle est limitée à la périphérie par un rebord bourgeonnant, surélevé de 1 centimètre, et, par endroits, de 2 et 3 centimètres, sur la peau saine qu'il surplombe à pic ; toute la surface de l'ulcération est recouverte de saillies bourgeonnantes arrondies et suintantes, rappelant l'aspect de condylomes confluent ; la tumeur adhère aux plans sous-jacents ; il n'y a pas d'adénopathies.

L'état général est à peu près satisfaisant, malgré un amaigrissement considérable survenu depuis 2 ans ; il n'y a rien de spécial du côté des divers appareils, à part un goitre apparu il y a une quinzaine d'années.

L'examen histologique, pratiqué par M. Boudet, a confirmé le diagnostic d'épithélioma qui, au point de vue clinique, s'imposait.

Si le chirurgien n'intervient pas, cette malade est fatalement perdue, car son énorme tumeur n'est justiciable, ni des rayons X, ni du radium, ni d'aucun topique.

M. MORESTIN. — L'opération peut être faite, mais il faudra probablement procéder en plusieurs temps pour arriver à une cicatrisation.

(1) Voir p. 244.

Nouvelle note sur un cas d'onychomycose.

Par M. H. HALLOPEAU.

Le malade dont voici les moulages a été déjà présenté deux fois à la Société de dermatologie, la première, en 1902, par nous-même et M. Fouquet, la seconde, en 1906, par MM. de Beurmann et Gougerot; si nous nous en occupons de nouveau, c'est, d'une part, pour indiquer la persistance de l'affection, c'est, d'autre part, pour dire que de nouvelles tentatives de culture, faites à deux reprises par M. Fouquet, suivant les règles posées par M. Sabouraud, sont restées infructueuses comme elles l'avaient été à deux reprises différentes dans notre service en 1902, comme elles l'ont été six fois dans les essais pratiqués par M. Sabouraud alors que le malade était dans la salle de M. de Beurmann.

Or, des tentatives pratiquées dans la même direction chez deux malades atteints de la même affection par MM. Jadassohn et Lewandowsky n'ont également donné que des résultats négatifs : on peut conclure de ces faits que le mycélium de cette maladie unguéale n'est ni un trichophyton, ni un achorion du favus et qu'il s'agit d'une nouvelle forme de champignon : telle est la conclusion à laquelle arrivent, d'accord avec MM. de Beurmann et Gougerot, MM. Jadassohn et Lewandowsky : nous nous y associons pleinement.

S'agit-il, comme l'ont supposé MM. de Beurmann et Gougerot, d'un parasite d'origine exotique? Le malade de M. Jadassohn est né à Tobolsk, mais celui de M. Lewandowsky est Suisse.

Pour ce qui est du traitement, nous avons eu recours à des onctions répétées avec la vaseline iodée et aux bains locaux dans la solution parasiticide de l'hôpital Saint-Louis; M. Sabouraud a conseillé la chrysarobine; MM. Jadassohn et Lewandowsky ont fait disparaître les champignons accessibles, mais non la maladie, par des applications de pyrogallol : nous nous proposons de demander à M. Sabouraud, dont nous regrettons l'absence, de soumettre ce malade à la radiothérapie, bien qu'elle paraisse agir surtout comme dépilante dans le traitement de la trichophytie du cuir chevelu.

Sur un cas grave de lèpre mixte qui va être traité par la solution à hautes doses d'atoxyl.

Par MM. HALLOPEAU et BOUDET.

En présence des résultats si encourageants qu'a constatés récemment M. Paul Salmon chez des syphilitiques, résultats dont nous avons plusieurs fois obtenu la confirmation, et en raison des affinités que présentent dans leur évolution et leurs manifestations symptomatiques la syphilis et la lèpre, nous croyons devoir tenter

l'emploi de cette médication dans cette dernière maladie, malgré les différences qu'y présentent les parasites.

Nous prions nos collègues de vouloir bien examiner, avant la mise en train de cette médication, le malade chez lequel nous allons l'appliquer. Ils peuvent s'assurer que sa situation est des plus graves : la maladie fait chez lui des progrès incessants et il s'est produit, dans ces derniers temps, une lésion à extension rapide de la voûte palatine et du voile qui menace d'entraîner la chute de la luette ; le traitement classique par l'huile de Chaulmoogra, dont le malade absorbe 200 gouttes par jour, reste absolument inefficace. Dans cette situation désolante, nous nous croyons en droit d'essayer la nouvelle médication par l'atoxyl en en surveillant de près les effets, malgré ses insuccès dans la tuberculose, qui se rapproche plus que la syphilis de la lèpre au point de vue de la morphologie des parasites. Nous résumerons ainsi qu'il suit cette observation :

Le nommé Imb..., âgé de 46 ans, est entré le 4 février 1907, salle Bazin. Charpentier dans la marine, il a voyagé pendant 20 ans, faisant plusieurs fois le tour du monde, visitant un grand nombre de pays à lèpre, Brésil, Égypte, Nouvelle-Calédonie, Haïti. Il ne peut dire où il a contracté cette maladie.

Il y a environ 12 ans, il a commencé à avoir des altérations cutanées ; son auriculaire droit s'engourdissait. Pendant 2 ou 3 ans, l'état est resté stationnaire, puis s'est légèrement amélioré.

✱ Au cap Horn, après des fatigues excessives, l'œdème s'est généralisé ; la figure s'est boursoufflée ; il y est survenu des nodules qui ont suppuré pendant 2 années avec alternatives de régression et de reprise et dont on voit encore les cicatrices arrondies, déprimées et blanchâtres.

La maladie pendant les premières années se présentait comme extrêmement intense ; depuis 1901, époque à laquelle le malade s'est fixé en France, les lésions se sont amendées, sauf celles de la bouche et du nez qui n'ont jamais rétrocedé.

Au mois d'octobre 1906, le gros orteil droit a présenté une lésion suppurative du type du mal perforant plantaire : ulcération creusée à pic, bords calleux, fond bourbillonneux, anesthésie de l'ulcération. En mars 1907, lésion semblable à gauche.

Ces maux perforants sont actuellement en voie de cicatrisation, après avoir entraîné le sphacèle du tendon fléchisseur des deux gros orteils.

Avant l'apparition des maux perforants, le malade éprouvait une douleur vive le long de la face interne de la jambe, exacerbée par la pression ; elle a cessé depuis lors.

Actuellement (29 avril), la face est ridée très finement, mais il n'y a pas d'épaississement de la peau, ni aux oreilles, ni au nez ; le malade dit que ses téguments, autrefois très épais, sont maintenant revenus à la normale ; seule, la peau des sourcils est un peu épaissie et totalement déglabrée ; les cils sont complètement tombés.

Les yeux présentent une teinte ecchymotique ; l'œil gauche est malade depuis cinq ans.

On voit une petite cicatrice au-dessus du sourcil gauche, blanche et déprimée.

A la racine du nez, la peau est infiltrée, saillante, d'une teinte fauve ; on y voit une petite tumeur du diamètre d'une pièce de 50 centimes, absolument anesthésique.

Sur les joues, cicatrices gaufrées, blanches et déprimées.

Sur les bras, on voit de nombreuses petites cicatrices blanches et gaufrées.

Les mains sont atrophiées et anesthésiées ; l'atrophie est très prononcée au niveau des éminences thénar et hypothénar ; il en résulte un aspect de mains de singe.

Au niveau du coude gauche, on note une lésion tuberculo-croûteuse.

Sur la fesse droite, se trouve une cicatrice souple, très fortement plissée, de teinte violacée, anesthésique, de la dimension d'une pièce de 5 francs.

L'épiderme est devenu trop large pour les parties sous-jacentes et la peau a pris l'aspect ridé d'un grain de chasselas conservé.

Du côté des muqueuses on constate l'anesthésie de la pituitaire et du jetage nasal, surtout marqué à gauche ; il est facile d'y déceler des bacilles lépreux.

Sur la voûte palatine, gagnant jusqu'à la luette qui est ulcérée et semble prête à se détacher, intéressant aussi l'amygdale gauche, s'étend une large ulcération, à fond grisâtre, recouverte d'un détritius blanchâtre avec de petites saillies grisâtres du volume d'un grain de mil.

Les parties saillantes forment comme un fer à cheval à contours irréguliers et serpigineux, composé par de gros nodules confluent dont le diamètre varie de 5 à 8 millimètres. Cette série d'altérations se continue sur la luette.

La partie déprimée s'étend d'avant en arrière sur une longueur de 25 millimètres et une largeur de 10 millimètres.

Sa coloration est plus rouge que celle des parties ambiantes qui a pris une teinte opaline.

Il y a une seconde surface déprimée sur la ligne médiane au milieu des arcades dentaires supérieures.

Nous constatons une anesthésie complète du palais et du pharynx.

Des frottis faits avec du muco-pus recueilli sur cette ulcération ont permis de déceler de nombreux cocci groupés en chaînettes longues, mais pas de bacilles lépreux.

Viscères. — Ils semblent normaux, il n'y a pas de lésions testiculaires apparentes ; il n'y a jamais eu d'écoulement.

Poumons. — Inspiration forte au sommet gauche.

Système nerveux. — Les nerfs cubitaux sont notablement augmentés de volume ; le paquet vasculo-nerveux est facilement perceptible dans l'aisselle gauche.

Anesthésie. — (Voy. Schéma.)

La face est complètement anesthésique.

Bras droit. — En avant, anesthésie à partir du pli du coude, sauf à la

partie médiane suivant une bande correspondant au territoire des 3 et 4 paires rachidiennes.

En arrière, l'anesthésie est totale à l'avant-bras et sur le moignon de l'épaule ; la sensibilité très diminuée sur le bras.

Anesthésie de la main.

Bras gauche. — Anesthésie en manche, partant du V deltoïdien ; simple paresthésie au bras, anesthésie totale à l'avant-bras, sauf sur une bande antérieure médiane semblable à celle de droite, mais où, contrairement à droite, la sensibilité est très diminuée.

Membres inférieurs. — A droite et à gauche, anesthésie à partir de la région moyenne de la cuisse, anesthésie totale de la jambe et du pied.

Nous comptons vous présenter de nouveau ce malade dans un mois, après l'action de l'atoxyl.

M. DE BEURMANN. — Au cours de mes voyages en Orient dans les pays à lèpre, j'ai eu fréquemment l'occasion de voir que les lésions maculeuses ou tubéreuses de la lèpre sont loin d'être toujours insensibles ou anesthésiques comme on l'a prétendu.

Langue noire produite par l'eau oxygénée.

Par M. L. BIZARD.

La curieuse affection dénommée par Walerand : *Langue noire pileuse*, semble être produite par des causes très diverses et pour beaucoup encore indéterminées.

Nous pensons pour notre part que certaines nigrities de la langue, notamment chez les glycosuriques, sont sans doute d'origine parasitaire, dues alors à un champignon, le *Saccharomyces lingua pilosæ*, décrit et cultivé par H. Roger et E. Weil. Mais il existe aussi de nombreux cas de langue noire qui proviennent simplement d'une coloration accidentelle par des substances étrangères du sommet des papilles hypertrophiées.

C'est ainsi que Chatin (d'Uriage) a observé une teinte noire accentuée de la face dorsale de la langue chez plusieurs syphilitiques en cours de traitement hydrargyrique et faisant usage d'un gargarisme à l'eau oxygénée plus ou moins diluée.

Nous avons pu voir nous-même, en l'espace d'une semaine, de la nigrity de la langue chez deux de nos clients en traitement par les injections d'huile grise, et se servant également pour les soins de leur bouche d'une solution d'eau oxygénée.

Il était donc permis de supposer que l'eau oxygénée mise en contact avec la salive de sujets mercurialisés entraînait une réaction qui se traduisait par une coloration brune du sommet des papilles linguales, mais en réalité l'eau oxygénée suffit à elle seule à produire la langue noire ; en effet, chez un homme de bonne santé habituelle, sans tares

organiques et non syphilitique, mais simplement fumeur et présentant physiologiquement de l'hypertrophie papillaire, l'usage quotidien d'un gargarisme à l'eau oxygénée (une cuillerée à soupe d'eau oxygénée à 12 vol. pour un demi-verre d'eau tiède) a suffi à faire naître en huit jours une nigritie très accentuée de la face dorsale de la langue.

Cette observation doit pour le moins faire rayer de la thérapeutique de la langue noire l'eau oxygénée dont l'usage était pourtant jusqu'ici recommandé par tous les auteurs.

M. BAUDOUIN. — Je crois que quand on dépasse la dose d'une cuillerée à café pour un verre d'eau, on exerce une action nécrosante ou caustique sur la muqueuse et que la coloration noire pourrait ainsi s'expliquer.

M. DANLOS. — On a, par contre, proposé l'eau oxygénée pour décolorer le liséré saturnin.

M. DE BEURMANN. — J'emploie l'eau oxygénée sans avoir vu de langue noire ; mais j'ajoute du borate de soude à l'eau oxygénée.

M. DÉHU. — Est-ce la langue primitivement pileuse qui devient noire sous l'influence de l'eau oxygénée ?

M. BIZARD. — Il semble que les langues à papilles filiformes allongées soient plus accessibles à cette transformation.

M. CHATIN. — En même temps que le traitement mercuriel, contre les accidents de la bouche je prescris toujours deux préparations différentes : l'eau oxygénée neutre à XII volumes, à la dose d'une cuillerée à bouche dans un verre d'eau tiède, ou la liqueur d'acétate d'alumine.

Or, je n'ai vu de langues noires, et j'en ai vu une vingtaine environ, que dans les cas où les malades employaient l'eau oxygénée. J'ajouterai de plus, que la langue reprend sa coloration naturelle, dès que l'on supprime l'eau oxygénée.

J'avais pensé que cette teinte était produite par une combinaison chimique de l'eau oxygénée avec le mercure ou les sulfureux, mais l'expérience de Bizard me démontre qu'il peut en être autrement. Je n'ai vu de langues noires que chez les personnes à langue pileuse ou tomenteuse.

En tout cas, cette modification qui effraie beaucoup de malades, n'a aucune gravité et disparaît spontanément.

Un nouveau cas de trichosporie (*Piedra nostras*) observé en France.

Par MM. GUSTAVE BUREAU et ALPHONSE LABBÉ.

La *Piedra*, ou Trichosporie, affection parasitaire des poils, étudiée par Osario de Bogota (*Revista med.*, 1870) et Posada Arango (*Ann. Ac. med. Medellin*, 1888), en France surtout par Desenne (*C. R. Ac. Sc.*, 1878) et Juhel-Rénoy (*Ann. de dermat.*, 1888 et 1890), semble bien localisée à deux districts de la Colombie (États de Cauco et

d'Antioquia). Cependant quelques cas d'une affection analogue et causée par des parasites très voisins ont été observés en Europe sous le nom de *Piedra nostras* (Unna) ; mais ces observations sont rares : 1 cas à Londres, 1 à Breslau, 2 cas observés par Unna et Trachsler, 1 plus récent de Waelsch (*Archiv. f. Dermatol.*, 1906) et 2 de Lombardo (*Giornal. ital. d. malatie ven. e del. pelle*, 1904). En France, Vuillemin a décrit un cas de trichosporie (*Arch. parasitol.*, 1902) sur lequel il a fait faire la thèse de Schächter (*Thèse*, Nancy, 1901) ; depuis, il a retrouvé un deuxième cas (*C. R. Ac. Sc.*, 1902). Cette curieuse affection des poils est donc assez rare pour que notre observation d'un troisième cas français de trichosporie présente un certain intérêt.

L'observation elle-même, comme toutes celles qui ont été publiées, n'apporte aucune contribution nouvelle à l'étiologie de cette maladie parasitaire et est d'une banalité extrême.

Le malade (si on peut lui donner ce qualificatif), M. C..., de Nantes, adressé par M. le Dr Patoureaux à l'un de nous, ne présente ni dans ses relations, ni dans son *modus vivendi*, rien qui attire l'attention. Vers la fin de mars 1907, M. C..., qui est âgé de 70 ans et jouit d'une excellente santé, s'aperçoit qu'il a dans sa moustache, au-dessous de la narine gauche, une tache jaune de la dimension d'une pièce de 50 centimes ; il essaye en vain de l'enlever, la croyant produite par un dépôt de jaune d'œuf. Quelques jours plus tard, la tache devient plus foncée, M. C... remarque un poil plus brun et plus gros que les autres ; il le coupe et, le regardant à la loupe, aperçoit sur le poil un enduit brun rougeâtre. Puis 5 à 6 poils s'enveloppent de cet enduit, puis 15, puis 20. C'est alors qu'il se décide à consulter.

Il faut noter que M. C..., fort soigneux de sa moustache, la lotionnait avec une émulsion à base d'huile d'amandes douces ; mais cela ne nous paraît pas avoir plus d'importance étiologique que les lotions mucilagineuses d'aloès ou de lin, auxquelles les femmes de Colombie attribuent l'évolution de la piedra. Dans les diverses observations de piedra, il est à noter que le parasite semble s'attaquer de préférence aux personnes très soigneuses de leur système pileux, et usant volontiers de lotions antiseptiques pour les soins de leur barbe et de leur moustache. Il faut faire remarquer également que notre malade, comme celui du deuxième cas de Vuillemin, avait présenté de la trichoptilose de la moustache 3 ans auparavant.

L'étude des poils malades prélevés chez M. C... nous a fourni des renseignements sensiblement identiques aux recherches des auteurs antérieurs, et notamment à celles de Vuillemin.

A l'œil nu, le poil, qui est seulement un peu plus ondulé, ne présente ni *plique* (plique colombienne), ni frisure ; tout autour, se voit une gaine d'inégale épaisseur, souvent unilatérale, formant des

nodosités dures, mais non pierreuses, d'une couleur brun rougeâtre, s'arrêtant à environ un centimètre de la racine du poil.

Au microscope, ces nodosités se montrent constituées par des cellules mycéliennes de *Trichosporum*, engainant le poil et offrant l'aspect d'une mosaïque. Ces cellules mycéliennes souvent sphériques, d'ordinaire irrégulièrement polyédriques par pression réciproque, sont de dimension moyenne supérieure à celle observée par Vuillemin. Le *Trichosporum beigeli* de Vuillemin a en moyenne 3 à 4 μ , ceux de Lombardo 4 μ 5, ceux de Behrend et d'Unna environ 6 μ , tandis que dans la piedra colombienne on observe 10 μ et plus. Notre moyenne se rapproche plutôt du cas d'Unna, bien que les cellules soient de dimensions très inégales, certaines ne dépassent pas la dimension des spores de Malassez (bacille bouteille d'Unna) qui s'y trouvent parfois mêlées ; d'autres peuvent dépasser 10 μ .

Les coupes de poils nous présentent des caractères analogues à ceux indiqués par Vuillemin : cellules mycéliennes inégales, irrégulièrement sphériques, à double capsule, nucléées, souvent bi ou tripartites, montrant une sériation nette, dilacérant l'épidermicule du poil sans y pénétrer, unies entre elles par une substance agglutinante, montrant parfois de rares et courts filaments mycéliens et donnant l'impression d'un véritable tissu développé autour du poil.

Les cultures ne nous ont rien révélé de particulier, du moins jusqu'à la date actuelle. Les débuts furent assez incertains, car nous eûmes à lutter contre des colonies microbiennes abondantes. Sur différents milieux, les cultures présentent les caractères bien décrits par Vuillemin et Schächter : même rapidité de développement, surtout sur les milieux végétaux, à la température ordinaire ; même aspect blanc vermiculé, cérébroïde des cultures, ressemblant un peu, sauf la couleur, à celles du favus. Certaines cultures sont blanches, cireuses, crayeuses, d'autres duveteuses, suivant les milieux. Cependant, certaines de nos cultures semblent indiquer quelques différences avec le cas de Vuillemin-Schächter. Schächter dit que sur pomme de terre, le champignon n'arrive jamais à former des circonvolutions ; il reste granuleux à petites saillies coniques, acuminées, d'aspect crayeux, ne dépassant pas le volume d'une lentille (p. 37) ; or, sur pomme de terre nous obtenons avec notre parasite des cultures vermiculées typiques aussi bien que cireuses, crayeuses, non vermiculées et de toutes dimensions. Mais il ne faut pas attribuer une importance extrême à ce petit fait qui dépend probablement d'une question purement physique, hygrométrique, et qui ne peut étonner ceux qui connaissent le polymorphisme extrême des cultures de champignons voisins comme les *Trichophyton* et les *Microsporon*.

L'examen du champignon sur cultures ne nous a rien appris de nouveau sur son évolution : ce sont toujours ces *arthrotomies*, cette

prolifération de mycéliums caducs et sans cesse en divisions. Au bout de quarante-huit heures, les filaments mycéliens se développent davantage, mais restent toujours courts et caducs. Plus tard se forment des chaînes de chlamydospores. Un seul caractère saillant se retient de ces champignons : le nom d'*Arthromycètes* que leur a donné Vuillemin.

En résumé, les résultats que nous communiquons aujourd'hui n'ont d'autre intérêt que de confirmer ceux des deux seules observations françaises de trichosporie actuellement connues. On ne peut distinguer notre cas de celui de Vuillemin que par la couleur brun rougeâtre de l'enduit parasitaire et la dimension moyenne plus considérable des cellules mycéliennes. De plus, notre champignon liquéfie la gélatine en 12-15 jours. On sait qu'Unna et Vuillemin attribuent une certaine importance à la date de liquéfaction de la gélatine qui différencierait le *Trichosporum Beigeli* de Vuillemin du *Trichosporum ovoïde* et du *Trichosporum ovalis* d'Unna. Nous ajouterons qu'au bout de 20 jours, les cultures sur *lait* sont coagulées.

Nous espérons pouvoir bientôt compléter les observations ci-dessus, lorsque nous aurons pu faire une étude plus approfondie de notre parasite et de ses cultures.

Lichen plan unilatéral de la bouche.

Par M. LOUSTE.

M. St. A..., âgé de 38 ans, est atteint depuis 3 ans de lichen plan de la bouche. Il n'a jamais eu et ne présente actuellement aucune autre localisation. Mais la disposition spéciale et unilatérale des lésions aussi bien que leurs caractères objectifs nous ont engagé à le montrer, car ici le traumatisme local paraît avoir distribué les lésions.

Toute la moitié droite de la langue, sur la surface dorsale, est couverte de réseaux blanc grisâtre qui rappellent la comparaison classique de la feuille de fougère. A l'union des arcades dentaires on voit sur les gencives des placards blancs de même nature. Le sillon gingivo-génien inférieur présente une trainée linéaire. Enfin sur la partie moyenne de la joue on trouve une plaque nettement arrondie constituée par un semis de petits points blancs reposant sur une muqueuse saine.

Nous nous sommes demandé la raison de cette localisation exclusive du côté droit et nous pensons qu'elle relève du traumatisme local.

En effet, depuis quatre ans le malade, qui a une dentition défectueuse, ne peut plus manger que du côté droit. Il est également fumeur et

tient toujours sa cigarette de ce côté. Enfin la délimitation de la plaque labiale ronde correspond à une invagination de la muqueuse dans un espace vide limité par des contours dentaires, ce que nous avons pu constater.

La deuxième prémolaire et la molaire de six ans ont été extraites et laissent un vide. Lorsque le malade réunit les arcades dentaires, les dents antagonistes supérieures descendent légèrement dans le vide consécutif à ces extractions.

Lors de la contraction des masséters, et dans les mouvements de succion, la muqueuse de la joue s'invagine dans le vide et la partie invaginée est exactement la partie malade.

L'affection ne détermine aucun trouble appréciable chez ce malade qui est très nerveux.

L'intérêt de cette présentation se résume :

- 1° Dans la localisation buccale exclusive ;
- 2° Dans l'unilatéralité des lésions ;
- 3° Dans l'action traumatique limitée qui se juxtapose à la topographie du lichen.

Lupus érythémateux de la face et de la langue.

Par M. GAUCHER.

Nous apportons l'observation d'un cas assez rare de lupus érythémateux de la langue, et on doit reconnaître que, sans la coexistence des lésions cutanées, le diagnostic pouvait être méconnu.

Il s'agit d'un homme de 39 ans, atteint depuis 3 ans de lupus érythémateux des joues, du nez, des paupières et des lobules des oreilles. Depuis le début de l'affection, qui s'est manifestée d'abord sur l'oreille droite et l'angle interne de l'œil droit, les lésions se sont étendues excentriquement et n'ont jamais été traitées.

On constate en outre sur la langue trois plaques de lupus érythémateux : deux plaques sur la moitié antérieure et droite de la langue, une autre sur la région postérieure et gauche du même organe.

Ces plaques ne forment aucune saillie sur la muqueuse linguale ; on constate, au contraire, une dépression cicatricielle allongée très nette à leur niveau. L'infiltration est minime, la coloration du centre déprimé a l'aspect cicatriciel habituel, la périphérie présente une coloration rouge entourée d'une petite zone blanche ; il n'y a pas d'adénopathie appréciable. Ces plaques sont plus sensibles que le reste de la langue, mais cependant pas douloureuses. Il est certain que, sans la coexistence des lésions lupiques du visage, le diagnostic aurait pu ne pas être fait.

Ajoutons, d'ailleurs, qu'on ne trouve aucun antécédent bacillaire personnel ou héréditaire.

Lichen plan du fourreau de la verge et de la bouche.

Par MM. GAUCHER et LOUSTE.

Le malade que nous présentons est atteint d'une éruption de lichen du fourreau de la verge simulant des syphilides papuleuses.

Le début remonte à 3 semaines, et, en quelques jours, sont apparues les papules pour lesquelles il est venu consulter.

Ces papules siègent exclusivement sur le fourreau et sont les unes isolées, d'autres conglomérées, d'autres présentent une disposition nettement circinée. Leur volume égale celui d'une lentille. Elles desquamement légèrement et ne sont pas accompagnées de prurit. Les contours ne sont pas nettement arrondis et leur surface est plane et brillante.

Ce sont d'ailleurs ces caractères spéciaux qui ont fait penser au lichen plan.

En examinant le malade, nous avons trouvé des placards de lichen plan typique de la muqueuse labiale, que le malade ignorait, et un placard ancien et pigmenté de lichen sur la jambe gauche.

Cette association de lésions permettait de faire facilement le diagnostic, de même d'ailleurs que les caractères particuliers signalés à propos des papules du fourreau. Mais la localisation spéciale et la disposition de ces lésions rappelaient absolument celles des syphilides papuleuses.

Analyse d'une note de M. Carlier sur le traitement de la syphilis.

Par M. MILIAN.

M. Milian lit une note de M. Carlier, de Rouen, sur le *Traitement pratique de la syphilis par les pastilles de protoiodure de mercure*. L'auteur insiste sur la régularité dans les doses de mercure absorbées, la grande commodité dans la prise du médicament, la réalisation très simple de l'antisepsie buccale.

Sporotrichose. Lymphangite noueuse sporotrichosique ascendante.

Par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.

Nous désirons attirer l'attention de la Société sur quelques particularités cliniques des manifestations de la sporotrichose dermique et hypodermique.

Nous avons revu notre sixième malade, M. B..., qui a été présenté à cette Société le 8 avril et à la Société médicale des hôpitaux, le 12 avril 1907.

A ce moment, les lésions qu'il présentait avaient été très améliorées par l'iodure de potassium administré à l'intérieur, mais l'intolérance du sujet pour ce médicament venait de nous forcer à interrompre le traitement.

Pendant 20 jours, le malade n'a pas repris d'iodure et pendant ce temps la nodosité déjà un peu ramollie qu'il portait à la face dorsale de la main gauche s'est ulcérée. Trois jours avant son ouverture, il s'est développé à partir de ce point une lymphangite noueuse ascendante caractéristique. On trouve maintenant : un petit nodule, gros comme un pois, à la face postérieure de l'avant-bras ; deux grosses nodosités à la face interne du coude dans la région du ganglion sus-épitrochléen ; et trois petites nodosités, à peine douloureuses, échelonnées le long de la gouttière vasculo-nerveuse de la face interne du bras et reliées par un gros cordonnet de lymphangite, facile à percevoir au palper ; en tout six gommès. Les ganglions axillaires sont indemnes.

Ce fait nous paraît important, car il montre que le *sporotrichum Beurmanni* peut se propager par les voies lymphatiques et que les foyers sporotrichosiques sont capables de donner lieu à des lymphangites noueuses ou gommeuses ascendantes, comme les foyers tuberculeux. Nous rappelons que notre troisième malade, lorsqu'il a été présenté à la Société de Dermatologie le 3 janvier 1907, ébauchait à la face postérieure de la jambe droite et à la face interne de la cuisse droite une de ces trainées lymphangitiques : on sentait des nodosités échelonnées le long de la gouttière vasculo-nerveuse et reliées par un cordon induré, facile à percevoir.

Le *sporotrichum Schenkii*, que nous croyons par quelques détails différent du *sporotrichum Beurmanni*, n'est donc pas le seul à pouvoir créer des lymphangites ascendantes gommeuses. Dans les cas américains, la lymphangite était la première localisation de la maladie. Chez nos deux malades, elle était secondaire à une éruption gommeuse disséminée. Chez M. B... une de ces lésions a ensemencé les voies lymphatiques comme l'avait fait, dans les cas de Schenk, Hektœn et Perkins, le chancre sporotrichosique, lésion porte d'entrée et point de départ de la maladie.

Quatre cas de cancer du nez.

Par M. MORESTIN.

Parmi les épithéliomes de la face, ceux qui ont pour point de départ les téguments du nez méritent, au point de vue chirurgical tout au moins, une place à part en raison des difficultés réelles de leur traitement toutes les fois que la lésion n'est pas absolument superficielle.

Quand il faut sacrifier une partie du nez, quand surtout l'infiltration néoplasique s'étend aux parties voisines, lèvres, paupières, sac lacrymal, non seulement l'intervention d'exérèse devient sérieuse, mais en outre des questions de chirurgie réparatrice se posent immédiatement, et malheureusement ces opérations plastiques sont souvent très délicates. Je crois donc intéressant de vous présenter quatre malades que j'ai pu réunir aujourd'hui et qui ont subi pour des épithéliomes du nez des opérations d'importance variable.

I. — CANCER DE L'AILE DU NEZ ET DE LA LÈVRE SUPÉRIEURE. — M^{me} Denony..., âgée alors de 74 ans, est entrée au mois de septembre 1903 à



FIG. 1.

l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Richelot, que je remplaçais, pour une tumeur ulcérée ayant pris naissance dans le sillon naso-génien du côté gauche et s'étant de là propagée à l'aile du nez, à la lèvre supérieure et à la partie correspondante de la joue (fig. 1). L'aile du nez était en grande partie détruite et la narine largement échancrée. La lésion, entourée d'un épais bourrelet, remontait à deux travers de doigt au-dessus du contour narinaire, s'avancait jusqu'à mi-hauteur de la lèvre supérieure, envahie depuis le voisinage de la ligne médiane, jusqu'à un travers de doigt en dehors de la narine. Les téguments de la joue étaient eux-mêmes pris sur l'étendue d'un bon travers de doigt en dehors de l'emplacement présumé du sillon naso-génien. Heureusement il ne semblait pas qu'il y eût d'adhérence profonde au maxillaire supérieur, ni d'engorgement ganglionnaire. L'ulcération,

débarrassée des croûtes que la couvrent en partie, est irrégulière, creusée inégalement, couverte de petites saillies rosées, saignant facilement et çà et là de petits détritux mortifiés et sanieux. L'indolence est complète. M^{me} D... est une toute petite vieille, ratatinée, voûtée, racornie et très fragile. Néanmoins il n'y a pas de contre-indication à la cure chirurgicale.

L'exérèse des parties malades fut pratiquée sans retard (septembre 1903). L'opération ne présenta ni difficulté, ni particularité bien intéressante. Elle fut faite largement et j'emportai d'un bloc : la moitié gauche de la lèvre supérieure, l'aile gauche du nez et une certaine étendue des téguments géniaux, la limite supérieure de mon incision remontant jusqu'à l'union de l'os propre et de la partie molle du nez. L'intervention dura 4 ou 5 minutes et nécessita seulement une bouffée de chloroforme. La bonne vieille la supporta très bien et les suites furent satisfaisantes. La plaie diminua, se rétrécit peu à peu.

Ce premier temps était de beaucoup le plus simple. Restait la réparation, assez complexe, puisqu'il fallait restaurer la lèvre supérieure et le nez. Je ne pouvais songer à mener à bien dans la même séance cette double autoplastie. Le 23 octobre, je reconstituai la lèvre, ce qui fut relativement facile, en raison de la laxité des parties molles péribuccales chez cette femme édentée et vieille. Deux incisions horizontales me permirent de mobiliser d'une part la moitié droite de la lèvre supérieure et d'autre part la partie antérieure de la joue gauche. Après avoir avivé les anciennes tranches de section labiale et génio-labiale laissées par l'opération faite précédemment, je suturai l'une à l'autre sur deux plans, l'un muqueux, l'autre cutanéomusculaire, affrontai de mon mieux la bordure rouge, et plaçai en outre un certain nombre de sutures destinées à maintenir la nouvelle lèvre en la fixant par en haut aux parties correspondantes. Je n'eus pas besoin de débridements commissuraux, grâce à la souplesse et à la surabondance des tissus de la lèvre et de ceux des parties antérieures des joues.

Cette cheiloplastie, en somme réalisée à peu de frais, fut suivie de succès, à cela près qu'il se produisit à la longue, par rétraction de la cicatrice, une encoche au niveau du bord libre qui nécessita ultérieurement une petite retouche, laquelle l'effaça d'ailleurs complètement.

Quelques semaines plus tard, je procédai à la réparation de l'aile du nez. La bordure cicatricielle de la brèche fut libérée par une incision curviligne, disséquée, retournée, rabattue, face épidermisée en dedans, face cruentée en dehors, de manière à former un plan profond, sur lequel j'appliquai un lambeau véritable assez ample, prélevé sur la joue et la région malaire gauche, lambeau à pédicule inférieur, voisin de la commissure labiale. L'abondance des téguments me permit de prendre commodément ce lambeau et de réunir immédiatement la plaie d'emprunt.

Ce lambeau fut suturé aux bords de la perte de substance, avivés dans la mesure nécessaire, et son bord inférieur se repliant sur lui-même forma le contour de la nouvelle narine.

Ici encore l'autoplastie fut heureuse. Notre bonne malade nous

quitta dans les derniers jours de 1903 bien guérie, dans les conditions les plus satisfaisantes.

Sa guérison s'est maintenue depuis et périodiquement l'excellente vieille vient nous témoigner sa gratitude. La figure 2 a été prise un an et demi environ après sa guérison. Le résultat s'est encore amélioré depuis avec le temps, qui a effacé toute trace visible des opérations subies, si bien qu'aujourd'hui, vous pouvez en juger, il est à peu près



FIG. 2.

impossible de soupçonner que la malade a présenté une lésion quelconque du visage et subi une intervention.

II. — CANCER DE L'AILE DU NEZ ET DE LA PARTIE VOISINE DE LA JOUE. — Mme Villeq..., âgée de 60 ans, blanchisseuse, me fut adressée au mois de juillet 1905 à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Blum que je remplaçais. Elle était atteinte d'un épithélioma ulcéré occupant l'aile gauche du nez, le sillon naso-génien, et s'étendant sur la joue et les confins de la lèvre supérieure. Les dimensions de la plaque néoplasique, y compris le bourrelet épais et surélevé qui l'entourait, pouvaient être comparées à une pièce de un franc. L'aile du nez était profondément envahie, déjà même détruite en partie, et il était nécessaire d'en sacrifier toute l'épaisseur sur une grande partie de sa largeur et de sa hauteur.

Je procédai à l'opération le 21 juillet, extirpai la plus grande partie

de l'aile du nez et une large plaque tégumentaire des parties voisines de la joue, plus d'une pièce de deux francs en surface.

Je laissai la plaie se réparer tout d'abord spontanément. Elle se réduisit dans des proportions presque invraisemblables et la cicatrisation spontanée aboutit au résultat que représente la figure 3.

La malade m'avait suivi de Saint-Antoine à Saint-Louis, où elle



FIG. 3.

était entrée le 30 juillet. Le lobule du nez s'était infléchi vers la gauche, les téguments avaient été attirés de toute part vers la perte de substance. Bref, il persistait une profonde échancrure de la narine gauche, entourée en haut et en arrière par une épaisse bande cicatricielle en forme de croissant, faisant saillie dans la narine et la rétrécissant.

Le 1^{er} septembre je procédai à la restauration de l'aile du nez, me bornant à l'anesthésie cocaïnique.

Je cernai par une incision curviligne la surface cicatricielle en forme de croissant, détachai cette cicatrice en la disséquant de haut en bas

et d'arrière en avant, de manière à la retourner, à rabattre en dedans la surface épidermée, la surface cruentée étant à l'extérieur. Cette sorte de lambeau formé par des tissus cicatriciels mobilisés comblait l'échancrure. Sur sa surface cruentée j'appliquai ensuite un véritable lambeau, un petit lambeau quadrilatère, prélevé sur les téguments du nez, au-dessus de la perte de substance créée par la précédente



FIG. 4.

dissection. Ce lambeau était à pédicule inférieur et postérieur, génien. Je le fis tourner autour de ce pédicule, l'abaissai de manière à le rendre horizontal.

L'ayant mis en place, je ne fis aucune suture et me bornai à maintenir les parties, d'une part à l'aide d'une mèche intranasale, d'autre part avec des compresses appliquées extérieurement. La plaie d'emprunt fut abandonnée à la réparation spontanée.

Le 3 septembre, le lambeau me parut un peu violet, mais adhérent au plan profond.

Le 5, sa vitalité semblait assurée, ainsi que sa réunion au plan sous-jacent. La plaie d'emprunt commençait déjà à se rétrécir.

Le 12, le résultat s'annonçait excellent. Je commençai à dilater et modeler la narine à l'aide de drains.

Le 17, les dernières croûtes sont en train de tomber, la cicatrisation peut être considérée comme complète. Du reste, depuis le 12, je ne mets plus de pansement et me borne à badigeonner chaque jour la plaie au permanganate. La dilatation de la narine est activement poursuivie par des drains de plus en plus gros.

La figure 4 montre l'état de l'opérée au mois d'octobre. Les limites du lambeau, les surfaces cicatricielles sont encore très visibles. Mais le temps a peu à peu estompé les lignes et parachevé l'œuvre réparatrice. Aujourd'hui, vous pouvez en juger, l'aspect du nez est véritablement très satisfaisant. D'ailleurs la guérison persiste ; rien ne laisse soupçonner une récurrence possible de l'épithélioma.

III. — CANCER AYANT DÉTRUIT LA MOITIÉ DROITE DU NEZ. — M^{me} Pr... est entrée au commencement de décembre 1904 à l'hôpital Cochin. pavillon Velpeau, dans le service de M. Richelot. Elle est âgée de 53 ans. C'est une Alsacienne, de constitution très robuste et n'ayant jamais eu d'autre maladie que la lésion du nez pour laquelle elle vient réclamer mes soins.

La maladie semble avoir débuté 7 ou 8 ans auparavant, immédiatement au-dessus de l'aile droite du nez, par une sorte de petite plaque sur laquelle se formaient des croûtes. Ce bobo, sans cesse tourmenté par les ongles de la malade, s'étendit peu à peu. Des médecins consultés firent des applications caustiques, des cautérisations au fer rouge. La lésion n'en continua pas moins à progresser, gagna en surface comme en profondeur, lentement il est vrai, mais sans rémission. La narine fut perforée, la perte de substance s'agrandit et au moment de notre examen la moitié droite du nez est à peu près complètement détruite ainsi que l'indique la figure 5. La brèche présente en hauteur 4 centimètres et demi à 5 centimètres, en largeur 2 centimètres et demi.

Le contour narinaire est interrompu, il n'en reste que les insertions nasale et jugale. Sur tout le pourtour de la perte de substance règne un léger bourrelet dur, entourant une bande ulcéreuse, offrant les caractères de l'épithélioma. Au niveau du contour narinaire il semble que la lésion ait été arrêtée par les cautérisations ; partout ailleurs elle est en voie de progression. La zone d'envahissement est du reste peu étendue, et nous sommes évidemment en présence d'une forme à évolution très lente. L'exploration des régions ganglionnaires est négative. La malade ne souffre pas, mais la difformité résultant de la destruction d'une grande partie du nez lui rend la vie sociale impos-

sible. Elle accepte donc avec un très grand empressement l'intervention qui lui est proposée.

Celle-ci est pratiquée le 9 décembre 1904. J'enlève soigneusement tout autour de la perte de substance une bande de tissu, sacrifiant résolument tout ce qui paraît suspect et coupant à un demi-centimètre au moins de la zone d'envahissement et, en certains points, là où cette



FIG. 5.

zone semble particulièrement mal limitée, plus d'un centimètre. Je dépasse donc la ligne médiane, atteins l'espace intersourcilier, empiète sur le tégument de la joue. Je taille ensuite un grand lambeau sur le front que je rabats, selon la méthode indienne, pour couvrir la perte de substance. L'autoplastie peut être effectuée dans d'assez bonnes conditions. J'ai pu en effet conserver d'une part la cloison des fosses nasales, d'autre part les deux petits débris du contour narinaire qui servent d'amorce à la reconstitution du nouvel orifice de la narine droite. Ils sont libérés, abaissés, avivés et le lambeau vient par son extrémité inférieure s'y appliquer. La face cruentée du lambeau est

et je pus en faire l'extirpation sans pénétrer dans l'une ou l'autre narine, ni réséquer aucune partie du squelette fibro-cartilagineux. La plaie résultant de cette ablation était à peu près comparable à une pièce de un franc, et s'étendait symétriquement à droite et à gauche. J'abandonnai à elle-même la plaie résultant de cette décortication. Elle bourgeonna, se nivela, se réduisit graduellement, s'épidermisa enfin, et la guérison était complète en 6 semaines. La cicatrice, grisâtre et n'offrant que de très légères irrégularités, est peu visible et le nez n'est aucunement difforme. Le résultat est donc satisfaisant.

Ce cas est un exemple pris entre beaucoup d'autres de ma pratique, pour montrer la simplicité et la régularité de la réparation obtenue par les moyens les plus simples, quand on n'a pas eu à retrancher des portions du squelette osseux ou cartilagineux du nez, à entamer le contour narinaire ni la sous-cloison, ou à pénétrer dans les narines. Je présente encore cette malade, trop informée par d'intempestives lectures sur la question de l'épithélioma, pour vous faire juger de la solidité de sa guérison et tâcher de la rassurer elle-même sur les craintes de récidence qui la font vivre dans de perpétuelles angoisses.

A propos de cette présentation de malades, je me bornerai à de courtes remarques.

Cette petite série nous permettra tout d'abord d'insister une fois de plus sur le caractère définitif que présente dans la plupart des cas la cure chirurgicale, quand elle ne s'adresse pas à des lésions très étendues et diffuses.

Ces épithéliomas tégumentaires longtemps superficiels, et lents dans leur progression, guériraient toujours et bien simplement si leur ablation était pratiquée en temps opportun. L'extirpation d'un petit cancroïde est une intervention insignifiante qui délivre les malades en peu de jours et leur procure une guérison stable, dans des conditions esthétiques parfaites. Quand il s'agit du nez, l'opération précoce est tout particulièrement indiquée, pour éviter les mutilations qui s'imposent dès que la lésion n'est pas absolument superficielle et qui entraînent des autoplasties délicates ou difficiles.

A cet égard notre observation IV s'oppose aux précédentes par la simplicité très grande avec laquelle s'est effectuée la réparation spontanée. Je rappellerai, en ce qui concerne cette réparation sans autoplastie ce que j'ai déjà écrit plusieurs fois : l'évolution des plaies exposées s'est améliorée dans des proportions extraordinaires depuis les méthodes modernes de pansement, et nous pouvons obtenir très souvent de la nature, convenablement dirigée, des cicatrisations merveilleuses.

Dans les trois premiers cas les lésions plus sérieuses ont exigé des sacrifices plus importants et en conséquence des opérations anaplastiques diverses.

A ce propos je signalerai la fréquente opportunité des opérations en deux ou plusieurs temps, ce qui rend les interventions moins graves, moins laborieuses et permet d'atteindre à moins de frais un résultat souvent meilleur.

Cancer de la lèvre inférieure et de la joue.

Par M. MORESTIN.

J. B. Ber..., maraîcher à Saint-Cyr, me fut adressé au mois de juillet 1906, à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Schwartz que je remplaçais. Cet homme avait subi le 10 janvier 1906, à Versailles, l'ablation d'une tumeur de la lèvre inférieure, au voisinage de la commissure. Promptement guéri de cette intervention, il avait dû se soumettre quelques semaines plus tard à une nouvelle opération ; un ganglion s'étant tuméfié dans la région sous-maxillaire, on en avait fait l'extirpation. Mais presque aussitôt une nouvelle tumeur apparaissait au niveau de la cicatrice labiale et s'étendait rapidement aux parties avoisinantes de la lèvre et de la joue.

J. B. B... est entré à Cochin le 25 juillet. La description qu'il nous fait de la tumeur végétante développée à l'endroit même où portait le tuyau de sa pipe (qu'il fumait continuellement), l'envahissement ganglionnaire, la récurrence si rapide, ne laissent guère de doute sur la nature de la lésion.

Notre examen confirme immédiatement cette impression. Une masse dure, mal limitée, occupe la région commissurale, s'infiltré dans le tiers droit de la lèvre inférieure et surtout dans l'épaisseur de la partie adjacente de la joue. Celle-ci est épaissie, elle a perdu de sa souplesse jusqu'à plus de deux travers de doigt en arrière de la commissure. Cet empâtement se prolonge en bas jusqu'au maxillaire et il est manifeste que la tumeur commence à adhérer à cet os au niveau du repli gingivo-génien. Des bosselures se dressent, tant du côté de la peau que du côté de la muqueuse, et plusieurs de ces petites éminences sont déjà ulcérées. Une ulcération plus importante occupe la commissure, ulcération à fond anfractueux, entourée de tissus indurés. Plusieurs ganglions augmentés de volume se reconnaissent aisément dans les régions sus-hyoïdiennes médiane et latérales.

Il n'y a pas de leucoplasie. Le sujet ne croit pas être syphilitique, il a deux enfants très bien portants. Son état général excellent, sa constitution très robuste permettent de tenter la cure chirurgicale largement comprise.

Je décide cependant d'agir en plusieurs temps.

Le 27 juillet, je procède à l'ablation de tous les ganglions sus-hyoïdiens latéraux et médians. Une grande incision curviligne allant de l'angle droit à l'angle gauche du maxillaire, à égale distance de son bord inférieur et de l'hyoïde, me permet de faire un évidement complet des deux loges sous-maxillaires et de l'espace compris entre les

ventres antérieurs des deux digastriques. La plaie est ensuite réunie en laissant deux drains plongeant de chaque côté dans les loges sous-maxillaires.

Le 31 juillet, le malade ayant bien supporté la précédente intervention, je pratique l'ablation de toutes les parties envahies par le néoplasme ou suspectes. La lèvre inférieure est sectionnée un peu en dedans de son tiers droit, la lèvre supérieure à un centimètre de la commissure. Une incision presque circulaire va de l'une à l'autre en cernant la tumeur, passant en haut du niveau de la gencive supérieure, en arrière rasant le masséter, en bas suivant le bord inférieur du maxillaire. Cet os est sectionné en avant à la hauteur de l'incisive latérale, en arrière, de la dernière molaire. J'enlève en bloc le fragment de mâchoire et les parties molles condamnées : hémostase, tamponnement. Aucune tentative de réparation immédiate.

Quatorze jours après, le sujet quitte l'hôpital. Sa plaie est en bonne voie ; l'alimentation par les liquides est assez facile ; les suites opératoires ont été apyrétiques et de tout point excellentes.

Le 1^{er} octobre 1906, J. B. B... entre dans mon service à la Maison Dubois, pour l'autoplastie. La vaste brèche créée par l'opération du 31 juillet s'est beaucoup rétrécie ; toutes les surfaces laissées à nu se sont épidermisées, les deux bouts du maxillaire se sont enfouis dans des masses cicatricielles. Le menton s'est un peu déplacé vers la droite et les arcades dentaires ne se correspondent plus exactement.

Le 2 octobre, en présence de plusieurs collègues étrangers venus à Paris pour le Congrès de chirurgie, je procède à la restauration, du moins au temps fondamental de celle-ci. Selon un procédé que j'ai décrit il y a plusieurs années, à la Société Anatomique, puis au Congrès de chirurgie (1903 et 1905), j'ai recours au déplacement des lèvres et de la joue opposée. Les bords de la perte de substance étant préalablement avivés par *dédoublement*, je détache la lèvre supérieure par une incision horizontale passant immédiatement au-dessous du nez et prolongée hardiment sur la joue gauche, et sectionne la muqueuse au niveau du sillon gingivo-labial et gingivo-génien. Ce qui reste de la lèvre inférieure est également détaché par une incision contournant l'éminence du menton et prolongée ensuite horizontalement vers la gauche. Les deux lèvres et la joue, rendues ainsi très extensibles, peuvent être attirées vers la droite.

La lèvre supérieure est alors utilisée en grande partie pour reconstituer la joue. Plus d'une moitié du lambeau fourni par cette lèvre est employée à combler la brèche. Pour cela, le lambeau labial est placé presque verticalement et son extrémité est suturée aux téguments sus-hyoïdiens remontés par dissection.

Son bord libre, devenu antérieur dans la portion à laquelle nous avons donné une attitude presque verticale, est avivé par excision de

la bordure rouge et suturé à l'extrémité libre du lambeau formé par le reliquat de la lèvre inférieure.

Si la brèche génienne est ainsi comblée, l'orifice buccal reconstitué se trouve fort exigü et ressemble plus à un anus qu'à une bouche, et situé à droite de la ligne médiane.

Mais c'est là un état temporaire. Au bout de quelques jours, la réunion était obtenue entre les deux lèvres, et, le succès de l'autoplastie génienne ne faisant plus de doute, je débriide vers la gauche l'orifice que j'ai plus haut qualifié de buccal, tout en le comparant à un anus. Ce débridement porte en fait sur la joue gauche, attirée au-devant des incisives. J'assure la permanence de cet agrandissement de la bouche en suturant la muqueuse à la peau. Le malade nous quitte le 15 octobre.

Une petite retouche est encore nécessaire pour agrandir la bouche vers la droite, en entaillant le lambeau avec lequel la joue a été reconstituée. Elle a lieu un mois plus tard, sans anesthésie, même locale, car la sensibilité n'est revenue que plus tard sur ces parties.

Enfin, à deux reprises, j'ai dû toucher au thermo une petite fistulette laissant filtrer la salive à l'union de la lèvre inférieure et de la joue.

La guérison, enfin obtenue après ces derniers soins, ne s'est pas encore démentie. Le sujet, très énergique, s'est efforcé de mobiliser son maxillaire dévié vers la droite. Il est arrivé à manger fort bien, à mastiquer le pain, la viande. Son état général est superbe. Il travaille toute la journée, il chasse, il a repris complètement sa vie normale. Il n'est même pas trop laid, et n'ayant rien perdu de sa bonne humeur, il nous assure qu'il réussit encore à plaire.

Ce n'est pas au point de vue esthétique que je vous présente ce malade. Dans de tels cas, il n'en est pas question. Il s'agit, après les délabrements considérables exigés par de grandes interventions contre des tumeurs étendues, de réparer grosso modo le plus simplement, le plus promptement possible, trop heureux de pouvoir reconstituer une cavité buccale étanche et continente. C'est ce qui a été réalisé chez mon opéré; et nous nous félicitons l'un et l'autre de ce résultat.

Le Secrétaire,

E. LENGLET.

Le Gerant : PIERRE AUGER.

CORBEIL. — IMPRIMERIE ÉD. CRÉTÉ.

SÉANCE SUPPLÉMENTAIRE DU 16 MAI 1907

Présidence de M. Charmell.

SOMMAIRE. — Traitement du lupus tuberculeux par la radiothérapie et la photothérapie combinées, par M. DARBOIS. (Discussion : M. LEREDDE.) — Sur le traitement du lupus tuberculeux, par M. DANLOS. (Discussion : MM. DE BEURMANN, DANLOS, MOTY.) — Traitement du lupus tuberculeux par le chlorure d'antimoine, par M. TROISFONTAINES. — Le traitement opératoire du lupus, par M. MORESTIN. — Traitement du lupus de la face par la photothérapie, par MM. DE BEURMANN et DEGRAIS. (Discussion : MM. LEREDDE, DANLOS, DE BEURMANN, CHARMEIL).

Traitement du lupus tuberculeux par la radiothérapie et la photothérapie combinées.

Par M. DARBOIS.

Considérées souvent comme deux méthodes rivales pour le traitement du lupus, la radiothérapie et la photothérapie, loin de s'exclure l'une l'autre, peuvent au contraire s'entr'aider mutuellement.

M^{me} L..., 38 ans, m'a été adressée le 4 mars 1906 par M. Hallopeau, pour un lupus de la joue gauche, grand comme une pièce de vingt sous et ayant débuté 6 mois auparavant. Derrière la branche montante du maxillaire inférieur existait un gros ganglion bacillaire.

Submatité et râles sous-crépitaux au sommet droit.

Vous voyez que le ganglion rétro-maxillaire est aujourd'hui introuvable et que la cicatrice du lupus, objectivement guéri depuis les mois de juillet 1906, est parfaitement plane, sans pigmentation anormale ni atrophie de la peau.

Voici le traitement qui a été suivi :

Pour débiter, une séance de radiothérapie de 3 unités H afin de tâter la susceptibilité de la malade. Puis, tous les 15 jours environ, une séance de 5 H sur le ganglion et sur le lupus, en employant des rayons n^{os} 3 à 4 du radiochromomètre de Benoist. A partir du 18 mai, c'est-à-dire environ 2 mois après le début du traitement (en plus des séances bimensuelles de radiothérapie), tous les 8 jours, 45 minutes de photothérapie sur le lupus.

Le 11 juillet, 4 mois après le début du traitement, la malade objective-

ment guérie, partait pour la Savoie, où elle faisait une cure d'air pendant l'été. Elle revenait au mois d'octobre en excellent état, et pour éviter toute récurrence je la soumettais à 2 séances de photothérapie et à 4 séances radiothérapiques de 5 H chacune.

La guérison objective s'est maintenue depuis lors.

J'ai traité 5 autres lupiques par le même procédé : 4 sont guéris depuis 2 mois au moins, 9 mois au plus ; avant de parler de guérison définitive, il faut donc encore attendre. Le cinquième malade est en traitement. Tous ces lupus siégeaient à la face, étaient relativement récents, peu étendus mais en voie d'extension rapide, enfin, vierges de tout traitement antérieur. La guérison a été obtenue en 3 à 5 mois. La cicatrice a toujours été excellente.

De ces points, je crois pouvoir conclure que si la radiothérapie est incapable à elle seule de guérir le lupus, elle peut du moins être très utile pour commencer un traitement : en agissant rapidement sur les tissus bourgeonnants ou infiltrés, sans provoquer la formation de tissu fibreux comme le grattage et les caustiques le font si souvent, elle abrège la durée totale du traitement ; et comme les séances de radiothérapie sont beaucoup plus courtes et moins fréquentes que celles de photothérapie, il en résulte une économie de temps pour le médecin et le malade.

Parfois, il est vrai, les rayons X déterminent des télangiectasies et des atrophies de la peau : ces graves inconvénients tiennent en partie à une mauvaise technique et sont surtout marqués quand on fait des séances courtes et fréquentes avec des rayons durs (7 à 8 du radiochromomètre Benoist).

Du reste la photothérapie fait disparaître ces télangiectasies superficielles. Douze heures environ après le traitement par la lumière, apparaît une phlyctène à sérosité roussâtre qui se dessèche ensuite, laissant, après la chute de la croûte qui lui succède, une surface rosée sans arborisations vasculaires apparentes.

M. LEREDDE. — Je suis très intéressé par les résultats que vient de nous montrer le Dr Darbois. Je n'admets pas ses conclusions sur la photothérapie, mais je suis de son avis en ce qui concerne l'association de la radiothérapie à la photothérapie dans le traitement du lupus. La question a été très étudiée à l'étranger et, autant qu'on peut le dire à l'heure actuelle, la radiothérapie, qui n'est pas une méthode curative régulière du lupus tuberculeux, est une excellente méthode adjuvante préliminaire ou consécutive. Elle peut être employée pour diminuer l'épaisseur d'un lupus, atténuer les lésions avant de faire la photothérapie. Elle peut l'être dans les grands lupus inguérissables et donne alors d'excellents résultats plastiques. Quand on l'emploie avant la photothérapie, il faut cependant faire attention à ne pas amener une sclérose trop intense qui empêcherait l'action de celle-ci au point de

vue curatif. D'autre part, j'ai vu noter par les auteurs allemands que la photothérapie employée sur des surfaces traitées déjà énergiquement par la radiothérapie pouvait donner des ulcérations, ce qui n'arrive jamais, on le sait, lorsque celle-ci est employée seule.

Sur le traitement du lupus tuberculeux.

Par M. DANLOS.

Tous les procédés de la thérapeutique moderne appliqués au traitement local du lupus tuberculeux peuvent se grouper sous trois titres : IRRADIATION, SCARIFICATION, DESTRUCTION.

IRRADIATION. — Les agents qui servent à la réaliser sont les suivants : *lumière, chaleur, radium, rayons de Röntgen, électricité.*

L'emploi de la *lumière* a été imaginé et réglé par Finsen. C'est une méthode excellente, aujourd'hui classique et universellement employée. Elle présente deux avantages : la beauté des cicatrices et l'absence de douleurs. Aussi passe-t-elle pour le traitement de choix dans les lupus de la figure. Ses inconvénients sont la multiplicité des séances qu'elle nécessite quand le lupus est étendu. A ce point de vue, elle est presque inapplicable à certains lupus gigantesques que nous observons à Saint-Louis. Elle offre en outre le défaut d'exiger une installation spéciale dispendieuse et des frais élevés de fonctionnement. C'est un procédé d'hôpital ou de maison de santé. Par d'autres moyens, le médecin éloigné des centres peut obtenir des résultats sensiblement aussi bons.

La *chaleur* n'a fait l'objet que de quelques tentatives isolées. On conçoit cependant que l'on puisse, à l'aide d'un dispositif spécial, entretenir à la surface des plaques lupiques une hyperthermie locale constante, capable d'en déterminer la régression soit en modifiant la vitalité des tissus, soit en rendant le terrain impropre au bacille. C'est d'ailleurs une méthode qui n'a pas fait l'objet d'expériences suivies, je ne l'ai jamais employée et n'en puis rien dire de personnel.

Il n'en est pas de même des suivantes :

Radium. — Dès les premiers mois qui ont suivi la découverte du radium, ayant eu la bonne fortune d'être mis en rapport avec M. Curie, j'ai obtenu de lui des produits radifères que j'ai appliqués à la thérapeutique de plusieurs dermatoses et en particulier du lupus tuberculeux. Mes premiers essais ont été faits avec des produits dont le pouvoir radiant allait de 1 000 à 3 000. Après des applications dont la durée variait de 4 jusqu'à 10, 15 et même 20 heures, j'obtenais sur les plaques lupiques une radiodermite ulcéreuse suivie de cicatrice et de guérison. Plus tard, M. Curie m'a fourni des produits plus actifs sous forme de capsules plates, rondes, d'un centi-

mètre et demi de diamètre, contenant chacune 5 centigrammes d'un produit d'activité 300 000, enfermé entre deux lames métalliques, l'une en cuivre, épaisse pour protéger contre l'irradiation; l'autre, très mince en aluminium, destinée à s'appliquer sur la surface malade. Ces capsules m'ont donné des résultats excellents qui se maintiennent encore aujourd'hui. Avec elles et des applications variant d'une demi-heure à une heure, suivant l'épaisseur présumée des tissus malades, en répétant les applications 2 ou 3 fois, à 3 ou 4 semaines d'intervalle chaque fois, j'ai guéri un certain nombre de petits lupus de la face. Ce procédé est simple, élégant, rapide relativement, et donne d'excellentes cicatrices. Il a pourtant, outre le prix très élevé de l'instrumentation qu'il nécessite (les petits disques de M. Curie représentaient une valeur commerciale de 1 000 francs environ), quelques inconvénients. Il est assez difficile de régler la durée des applications sans dépasser le but et il m'est arrivé une fois de produire une radiodermite rebelle et douloureuse, tout à fait comparable à celles déterminées par une application défectueuse des rayons X.

Malgré cette difficulté, je considère ce traitement comme une méthode de choix pour les petits lupus de la face. On pourrait aussi, comme je l'ai indiqué dans une communication antérieure, tenter de remplacer cette méthode, que j'ai dénommée *ulcéreuse*, par la méthode des applications courtes et répétées qui permettraient peut-être de guérir par absorption interstitielle et sans ulcération. J'avais tenté quelques essais par ce procédé, que je qualifiais, par opposition, de méthode sèche; la mort à jamais regrettable de M. Curie, en me privant de radium, ne m'a pas permis de les poursuivre.

J'ajouterai simplement que l'action du radium se limitant à l'étendue de la surface du disque, et celle-ci, en raison du prix élevé du produit, étant nécessairement très restreinte, le procédé ne s'applique pratiquement qu'à des lupus très petits.

Rayons X. — En attendant que le prix du radium baisse assez pour mettre le produit, en quantité suffisante, à la portée de tout le monde, nous avons dans l'emploi des rayons X un succédané parfait.

Ce n'est pourtant pas tout à fait la même médication, puisque l'irradiation du radium est constituée surtout par les rayons cathodiques (80 p. 100 dans les disques de M. Curie) ou rayons β et celle des ampoules exclusivement par des rayons X ou rayons γ . Néanmoins, les deux procédés sont très comparables et provisoirement les rayons X ont cette supériorité qu'on peut les produire à moins de frais, en quantité indéfinie et sur de grandes surfaces.

Ayant à ma disposition d'excellents appareils, j'ai depuis plusieurs années traité nombre de lupiques par l'irradiation des ampoules et je puis fournir à ce sujet des renseignements basés sur mon expérience

personnelle. Tous les lupus bénéficient de l'irradiation X et peuvent être guéris par elle ; mais il faut faire à ce point de vue une différence capitale entre le *lupus tuberculeux type* sans tendance à l'ulcération et la variété que l'on désignait jadis sous le nom de *scrofulide crustacée ulcéreuse maligne*. Le premier guérit par les rayons X plus vite peut-être et aussi bien que par la lumière ; mais, malgré ce mot plus vite, c'est par dizaines qu'il faut compter le chiffre des séances sur une même plaque ; et par conséquent, comme on doit espacer les séances pour éviter une radiodermite trop intense, la guérison est toujours très longue. La scrofulide crustacée ulcéreuse, au contraire, surtout dans sa forme végétante, cède beaucoup plus rapidement. Pour cette variété de lupus, l'irradiation par les rayons X est, à mon avis, le traitement de choix quand les malades habitent un centre. Il a tous les avantages : rapidité, simplicité, absence de douleurs, etc. Il s'applique en outre très bien, avec quelques précautions spéciales, au traitement du lupus des muqueuses (lèvres, pituitaire quand le nez est détruit). Je n'insiste pas, ne voulant pas donner trop d'étendue à ma communication, sur les détails de la technique (numéro des rayons, espacement et durée des séances, distance à l'anti-cathode, etc.). Je me contenterai de dire qu'en pareil cas je ne redoute pas un léger degré de radiodermite et je me demande même si dans le *lupus tuberculeux type* celle-ci n'est pas utile pour accélérer la guérison. On peut aussi dans le lupus tuberculeux sans ulcération faire, quelques minutes avant l'irradiation, des scarifications quadrillées. Il m'a semblé que la radiothérapie devenait ainsi plus active, mais il est prudent alors de diminuer la durée de l'irradiation, de manière à ne pas dépasser 3 à 4 H par séance.

Électricité. — J'ai essayé dans un petit nombre de cas l'irradiation électrique sous deux formes : effluves négatives d'électricité statique, effluves de haute fréquence. Les premières ne m'ont donné, malgré un excellent outillage, aucun résultat ; il en a été de même pour les secondes ; mais comme mon appareil était d'un faible débit, je n'en puis rien conclure. Pour utiliser l'effluve de haute fréquence, je disposais sur la plaque lupique un tampon de gaze métallique enfermé dans une compresse et relié au solénoïde. Ce procédé ne me donnant rien, j'ai voulu profiter de l'analgésie incomplète et temporaire qu'il communique aux tissus, pour compléter les séances par l'emploi des étincelles de haute fréquence. Mais celles-ci étaient douloureuses quand même, trop peu nourries et trop peu pénétrantes en raison de la faiblesse de mon appareil, pour cautériser profondément les tissus. Avec un appareil plus fort je me propose de reprendre ces essais, et je crois, l'ayant déjà vérifié, que, tout au moins dans le lupus érythémateux, le procédé pourra être utile. Observons que dans ces séances mixtes, il ne s'agit plus d'un traitement par effluve,

car celle-ci n'intervient que pour analgésier un peu les tissus, et l'emploi consécutif de l'étincelle est un procédé de destruction par électro-ignipuncture et non d'irradiation.

SCARIFICATION. — C'est un procédé excellent qui depuis longtemps a fait ses preuves. Il est assez rapide et donne des cicatrices parfaites. En outre, il présente l'avantage d'être, sans outillage dispendieux et sans apprentissage spécial, à la portée de tout le monde; mais il ne s'applique guère qu'aux petits lupus. Pour les plus grands il demande aux malades beaucoup de temps et de courage, car les scarifications sont douloureuses et chez quelques sujets nerveux, l'imagination aidant, les douleurs deviennent parfois telles qu'il faut suspendre les séances. Les scarifications simples m'ont toujours donné des résultats aussi bons que les scarifications ignées au couteau de platine; la crainte théorique de voir le lupus se réinoculer ou donner de la tuberculose à distance ne m'a jamais paru justifiée.

Simple et surtout ignée, les scarifications sont encore plus utiles dans le lupus des muqueuses que dans celui de la peau.

DESTRUCTION. — C'est le procédé essentiel de guérison. Il s'applique à tous les lupus, grands ou petits, avec le même succès, et peut être réalisé par la *chirurgie*, les *agents physiques*, les *caustiques* et surtout un *procédé mixte* qui, dans les grands lupus, à toutes mes préférences, le grattage suivi d'une cautérisation énergétique.

La *chirurgie*, c'est-à-dire l'ablation, est sans contestation, pour les petits lupus de la face, le procédé le meilleur. Il offre dans ce cas deux avantages: rapidité et perfection absolue du résultat. Au bout de quelques jours, le lupus est remplacé par une cicatrice linéaire qui chez les jeunes sujets s'étale et diminue encore par les progrès du développement. Sur les lupus étendus, l'indication est moins nette; car lorsqu'il faut, soit par une greffe de Thiersch, soit par une autoplastie, combler la perte de substance, le résultat au point de vue esthétique ne vaut souvent pas mieux que ceux que nous obtenons, plus lentement il est vrai, par les procédés médicaux.

Agents physiques. — Ils ont été et sont encore employés sous deux formes: *ignipuncture*, *électrolyse*.

L'*ignipuncture* est une méthode excellente qui convient parfaitement au lupus des muqueuses et au lupus disséminé par petits éléments, quelle qu'en soit l'étendue. Elle rend encore de grands services dans les cas où le grattage est difficile; par exemple quand des points isolés se reproduisent dans l'épaisseur d'une cicatrice de guérison. En pareil cas, le grattage avec cautérisation est long et minutieux. Avec une pointe multiple l'*ignipuncture* bien faite est aussi efficace, plus expéditive et à peine plus douloureuse. Pour les lupus formant une nappe continue de tubercules ou d'ulcérations, l'*ignipuncture* est un procédé à rejeter; une fois pourtant je l'ai employée seule dans

un lupus de la joue grand comme la paume de la main. Malgré le courage exceptionnel de la malade, il m'a fallu 5 ou 6 séances pour détruire la surface malade. Le résultat au point de vue esthétique a été assez bon ; mais 3 ans plus tard un point de récidence s'est montré dans la cicatrice. En somme, c'est en pareil cas un traitement défec-tueux. Même avec l'aide du chloroforme, je l'estime inférieur, sous le rapport de la rapidité et de la qualité du résultat, au procédé mixte dont je parlerai tout à l'heure.

L'électrolyse peut très simplement déterminer par mortification électrolytique la destruction d'un tubercule de lupus ; mais l'opéra-tion est douloureuse et nécessite un outillage dispendieux. Elle est pratiquement inapplicable à une plaque lupique étendue ou à un lupus à petits foyers multiples.

Je suis parvenu à réaliser d'une manière beaucoup plus simple la destruction électrolytique du tissu malade par l'emploi du procé-dé que j'ai fait connaître il y a quelques années et que j'ai dési-gné sous le nom de *procédé des couples*. Mon point de départ a été la remarque suivante. Quand on prépare de l'hydrogène avec du zinc et un acide, si la réaction marche mal, on peut instantané-ment l'activer en ajoutant au liquide quelques gouttes d'une solu-tion de chlorure de platine ou d'une solution de sulfate de cuivre. L'explication du fait est la formation de couples électrolytiques, zinc cuivre, ou zinc platine. Ces couples sont également employés dans quelques opérations de chimie organique. J'ai pensé qu'ils auraient peut-être le pouvoir de détruire par électrolyse le tissu lupique et l'expérience a justifié cette prévision. Je les prépare au moment du besoin avec de la limaille de zinc et une solution saturée de sulfate de cuivre. On peut employer aussi le zinc en poudre ; mais la quantité considérable de tutie qu'il renferme toujours m'a paru le rendre moins actif. La limaille peut servir telle quelle ; mais il vaut mieux la dégraisser préalablement par l'éther ou l'acétone, ou même par une ébullition de quelques minutes avec de l'eau. Les proportions de zinc à employer sont supérieures à celles que la théorie permet de calculer. Je suis arrivé par tâtonnement au chiffre de 25 à 30 grammes de limaille pour 100 grammes d'une solution saturée de sulfate de cuivre. Pour obtenir les couples, on opère très simple-ment de la manière suivante : On ajoute à la solution de sulfate de cuivre son volume d'eau et on la verse dans un matras ou dans une capsule ; on y laisse ensuite tomber la limaille. On mélange vivement, soit par agitation si on s'est servi d'un matras, soit avec un abaisse-langue en bois si l'on emploie une capsule. Le mélange s'échauffe énormément et en un instant le liquide éclairci et décoloré apparaît surmontant une masse métallique noire qui constitue les couples. On les laisse travailler quelque temps et, quand on juge par le dégagé-

ment des bulles d'hydrogène qu'ils sont en pleine activité, on décante et on lave avec un peu d'eau le dépôt bi-métallique pour le débarrasser du sulfate de zinc formé. On l'égoutte ensuite sur un lit de papier à filtre et quand il présente la consistance d'une pommade, on en dépose une couche épaisse, en appuyant un peu, sur la surface lupique. Pour éviter des cassures dans cette masse, on applique à la surface quelques filaments d'ouate qui la consolident ; on recouvre le tout d'une feuille imperméable débordant largement l'enduit, et par-dessus on place un tampon compressif d'ouate que l'on maintient par une bande. L'application est alors terminée.

Quand elle est bien réussie, au bout de quelques minutes le malade commence à ressentir des douleurs qui peuvent durer jusqu'à 36 heures et pendant lesquelles la surface malade et les parties voisines enflent considérablement. L'enflure tombe bientôt, et si on enlève alors le pansement compressif on voit la masse métallique profondément incrustée dans les tissus. On la laisse telle quelle, recouverte, bien entendu, d'un pansement. Au bout de quelques jours, la suppuration détache l'eschare organo-métallique et la réparation se fait avec une étonnante rapidité. Ce procédé m'a donné quelquefois de très belles cicatrices (ex. : Moulage n° 2414) et dans des lupus très étendus il a en outre l'avantage de faire le minimum de délabrement, ces couples paraissant avoir une action élective sur le tissu morbide ; mais il n'est pas sans inconvénients. Le principal est la douleur, qui peut être très violente pendant plus de 36 heures, au point d'exiger l'emploi de la morphine. En outre, par une raison que je ne m'explique pas, les couples, quoique préparés de la même manière, ne prennent pas toujours également bien ou ne mordent que sur une partie de la surface. Dans le premier cas, il n'y a pas d'inconvénients, on en est quitte pour recommencer ; mais quand la prise n'est que partielle, il faut recourir à une nouvelle application qui ramène les douleurs et c'est là un défaut sérieux. J'ajoute que sur les surfaces très mobiles, sur les lèvres ou près d'elles, les couples adhèrent mal. Pour ces différentes raisons, bien que ce procédé m'ait donné d'excellents résultats, je lui préfère le suivant, d'emploi plus sûr et plus général.

Procédé mixte. — Je désigne sous ce nom une méthode qui consiste à détruire mécaniquement la plus grande partie du tissu malade par le raclage et à compléter la destruction du reste par des caustiques. On me demandera peut-être pourquoi je n'emploie pas exclusivement le raclage ou le caustique. Avec le raclage on détruit bien la plus grande partie de la masse morbide ; mais, ceci fait, il reste dans le derme de petites aréoles lupiques où la curette ne pénètre pas et qui sont des foyers de repullulation. D'autre part, avec le caustique seul, on ne voit pas ce qui se passe, on risque de faire trop ou trop peu, car il est difficile de juger *a priori* la profondeur du mal, qui peut

n'être pas la même dans toute l'étendue. Après le raclage cette difficulté n'existe plus. Je commence donc par le raclage que je fais très énergique, surtout sur les bords, et quand la curette criant sur le tissu ne ramène plus rien j'applique le caustique. Celui-ci peut être un caustique quelconque. J'en ai essayé plusieurs : d'abord des caustiques solides, par exemple le caustique de Filhos, mais il se produit sous le crayon une bouillie molle et l'on juge difficilement où l'en doit s'arrêter ; on peut aussi appliquer la pâte de Canquoin, déjà utilisée par Tenneson, et qu'on laisse en place de 4 à 6 heures. J'ai fait usage aussi d'une pâte à base de permanganate de potasse ; je la prépare au moment de l'emploi avec du permanganate de potasse en poudre que je lie avec un peu d'alumine gélatineuse et d'eau. On obtient ainsi une pâte molle que l'on applique avec une spatule sur la surface cruentée, après arrêt du sang. Toute autre matière agglutinative inorganique et non réductrice peut remplacer l'alumine (acide phosphorique, etc.), on peut même sans grand inconvénient pratique employer des matières organiques peu oxydables (vaseline, etc.). Cette pâte mange littéralement le tissu morbide sans faire d'eschare proprement dite, et au bout de quelques jours on obtient une belle surface qui bourgeonne très activement. Ce procédé donne de bons résultats (ex. : Moulage n° 2393), mais il a plusieurs défauts. D'abord les hémorragies en nappe, qui se produisent assez souvent quelques heures après l'opération, obligent à défaire le pansement et diminuent par dilution l'action du caustique ; puis les cicatrices consécutives, que j'ai vues presque toujours chéloïdiennes. On pourrait peut-être empêcher les hémorragies en remplaçant le permanganate de potasse par celui de chaux, mais il est déliquescent et difficile à conserver en poudre. Les chéloïdes diminuent, il est vrai, avec le temps et peut-être pourrait-on les prévenir par l'emploi des rayons X ; mais, ces inconvénients supprimés, resterait la grosse et capitale objection : que l'action caustique est souvent insuffisante. Pour ces divers motifs, je préfère employer d'autres substances.

En raison de leur pouvoir plus grand de pénétration, je me sers de caustiques liquides. J'ai fait usage d'acide sulfurique pur, d'acide nitrique, etc. Le premier exige quelques précautions et l'emploi d'un pinceau d'amiante ; le second est plus facile à manier et tous deux remplissent le but. Mais le caustique, que j'emploie de préférence, car il est d'un maniement facile et d'un effet sûr sans excès, c'est le chlorure de zinc en deliquium, c'est-à-dire au maximum de concentration et à l'état de sirop épais. Il n'est pas hémostatique, pas plus d'ailleurs que les caustiques acides, mais il a l'avantage de respecter presque complètement les parties recouvertes d'un épiderme sain, ce qui simplifie beaucoup son emploi. J'en imbibe copieusement un pinceau

d'ouate et je le passe, en frottant énergiquement, sur toute la surface oruente après arrêt du sang, et en insistant particulièrement sur les bords. Sous l'influence de cette friction, la plaie noircit et le sang reparait sur plusieurs points. Je change alors de pinceau et je renouvelle le badigeonnage et la friction jusqu'à imbibition suffisante, c'est-à-dire jusqu'à formation d'une eschare gris noir avec coloration blanchâtre de l'épiderme des bords. Il ne faut pas craindre d'user largement du chlorure ; on n'en met pour ainsi dire jamais trop. La cautérisation jugée suffisante, j'essuie avec de l'ouate le liquide en excès qui s'est répandu sur les parties saines périphériques et je fais un pansement sec pour permettre au caustique de continuer son action. Après 4 ou 5 heures, le pansement sec est remplacé par un pansement humide et celui-ci continué jusqu'à cicatrisation. Cette méthode s'applique à tous les lupus du type tuberculeux vrai végétant ou ulcéreux, qu'ils soient grands ou petits ; dans tous, elle donne d'excellents résultats et peut rivaliser avec les meilleures méthodes, sans cependant leur être toujours préférable. Ainsi, dans les petits lupus de la face elle est inférieure à l'exérèse chirurgicale ; mais dès que les lupus sont un peu étendus, si les éléments sont assez agglomérés pour que le grattage soit facile, l'indication se précise. Elle est absolue pour ces lupus gigantesques qui occupent, isolément ou simultanément, la presque totalité de la figure et d'un ou plusieurs membres, lupus qu'on ne voit qu'à Saint-Louis où tous les malheureux qui en sont atteints finissent toujours par échouer après des années de traitement infructueux. Par elle j'ai guéri ou plutôt détruit en *une seule séance* des lupus qui avaient résisté à toute autre médication et dont la guérison par le procédé de Finsen aurait exigé des milliers de séances et des années de traitement.

Après le grattage et la chute des eschares, il faut naturellement un temps plus ou moins long avant que la réparation ne soit complète ; et le résultat définitif n'est acquis qu'après des semaines, ou même 2 ou 3 mois de pansements. Dans les jours qui suivent l'opération, si le raclage a porté, comme il arrive quelquefois, simultanément sur toute la figure et s'il a fallu en outre décortiquer la presque totalité d'un membre ou racler des plaques du tronc, l'état général comme chez les grands brûlés est pendant quelque temps précaire ; mais assez vite les plaies bourgeonnent bien et la guérison se produit avec une rapidité parfois surprenante ; parfois cependant avec quelque lenteur suivant la vigueur du sujet. Le résultat acquis est souvent définitif. La présence à Saint-Louis, où leur mutilation les oblige à rester comme serviteurs, de plusieurs de mes opérés demeurés sans récidive après 5, 6 et même 9 années, permet de contrôler chaque jour cette assertion et témoigne éloquemment en faveur de la méthode. Des récidives peuvent néanmoins se produire ; habituelle-

ment, quand l'opération a été bien faite, c'est non dans le périmètre des surfaces traitées mais autour d'elles et dans leur voisinage immédiat qu'elles ont lieu. Avec un peu de surveillance, on peut vite les arrêter. Ce que je viens de dire ne s'applique qu'au lupus de la peau et principalement au lupus où les tubercules forment une nappe continue. Dans le cas où les nodules apparaissent et repullulent isolément et en grand nombre dans des surfaces cicatricielles, le curettage et la cautérisation deviennent un véritable travail de Pénélope, et, puisqu'on est alors obligé de prendre les éléments un à un, on va plus vite et l'on fait aussi bien avec le galvano-cautère. Quand les muqueuses sont envahies en même temps que la peau (pituitaire, muqueuse buccale), il faut aussi, à titre adjuvant, recourir au feu. J'emploie dans ce cas le Paquelin à l'aide duquel je détruis, dans toute l'étendue accessible, la muqueuse malade. La destruction est facile quand le mal n'est pas trop profond, car le malade est déjà sous le chloroforme ; mais à la fin de l'opération, avec l'hémorragie en nappe qui s'étale sur sa peau, l'eschare noire de ses muqueuses et l'odeur acre de chair brûlée qui s'en exhale, le patient a presque l'air d'un malheureux soumis à la torture et l'opérateur fait un peu figure de bourreau. Heureusement, tout cela ne dure pas et le résultat ultérieur défie toute comparaison.

Dans les lupus très petits on peut se passer de l'anesthésie ou se contenter d'un jet de chlorure d'éthyle. Le temps le plus pénible est l'application du caustique, mais le premier badigeonnage est seul douloureux ; ceux que l'on fait 1 ou 2 minutes après le premier sont à peine sentis, comme si la première application avait sidéré les extrémités nerveuses. Dans les lupus un peu, plus étendus dont l'opération peut se faire en quelques minutes, les inhalations du chlorure d'éthyle sont d'un précieux secours ; le chloroforme n'est indispensable que quand le grattage est difficile (cicatrices) ou doit porter sur de grandes surfaces.

Les cicatrices consécutives sont souvent très belles et comparables à celles que donne le Finsen, mais parfois aussi chéloïdiennes.

En général les chéloïdes diminuent au bout de quelque temps et ne sont plus trop disgracieuses. Mieux vaudrait cependant en prévenir le développement et c'est ce que j'ai essayé de faire avec une apparence de succès. Toutefois le nombre des cas ainsi traités ne me permet pas d'être affirmatif. On sait que les chéloïdes peuvent être guéries par les rayons X. Pensant que ceux-ci auraient aussi le pouvoir de prévenir, j'ai soumis un de mes opérés une fois, *une seule*, aux rayons de Röntgen quand les bourgeons charnus ont été bien établis : j'ai fait absorber à la plaie de 3 à 4 H et j'ai attendu la guérison. Cette pratique m'a semblé diminuer un peu l'activité bourgeonnante, rendre la plaie moins vive et en retarder peut-

être la guérison; mais je n'ai pas eu de chéloïde. Je conviens d'ailleurs qu'un seul cas est insuffisant pour se faire une conviction; mais comme ce malade avait deux foyers lupiques et que la plaque non irradiée est devenue chéloïdienne, l'autre ne l'étant pas, cet essai est tout au moins une indication.

(M. Danlos, à l'appui de ses diverses conclusions, fait ensuite passer devant la Société une quinzaine de malades traités par les divers procédés qu'il a exposés et qui restent guéris depuis 4, 5 et même 9 ans, sans récidive sérieuse ou même absolument sans récidive.)

M. DE BEURMANN. — Je suis frappé des brillants résultats que M. Danlos a obtenus par le grattage et l'application du chlorure de zinc. C'est un traitement qui peut rendre service dans certains cas et surtout dans ces vastes lupus qu'on observe principalement à l'hôpital.

Un certain nombre des malades qu'on nous a présentés n'étaient pas atteints de lupus tuberculeux proprement dit, mais de gommes scrofalo-tuberculeuses.

M. DANLOS. — Parmi les malades que j'ai présentés, beaucoup étaient atteints de lupus tuberculeux vrai. Je tiens en effet à bien faire remarquer que le grattage suivi d'application de chlorure de zinc, s'il donne de bons résultats dans les autres formes de la tuberculose cutanée, s'applique avec le même succès au lupus tuberculeux authentique.

Certains de mes malades étaient atteints de ces lupus tuberculeux géants depuis de longues années et avaient séjourné sans autre bénéfice qu'une amélioration temporaire dans d'autres services, avant d'être soumis au mode de traitement qui les a complètement guéris pour un temps du moins; je n'ose dire définitivement, car je ne puis affirmer que sur ces terrains prédisposés la tuberculose ne germera pas de nouveau un jour ou l'autre.

M. MORY. — Je voudrais rappeler en quelques mots le traitement que j'emploie depuis de longues années et qui me donne toute satisfaction tant au point de vue de ses résultats thérapeutiques qu'au point de vue de sa facilité d'application.

Je viens d'en obtenir encore récemment une guérison complète sur les petits flots d'un lupus et qui le sera bientôt sur la plaque principale: il s'agit d'une femme de 50 ans, atteinte aux deux mains depuis une quinzaine d'années. Le dos de la main droite, y compris les doigts, est pris en totalité. Sur la main gauche il y n'a que des flots de petites dimensions.

Elle est soumise au traitement par les injections interstitielles de naphthol camphré que l'on répète tous les 15 jours, en les multipliant le plus possible à chaque séance. — Au bout de deux séances, la malade a pu reprendre son métier de couturière, et les flots de la main gauche ont disparu; après 5 mois, la main droite est presque guérie.

Cette méthode est particulièrement avantageuse pour la pratique de la campagne.

Traitement du lupus tuberculeux par le chlorure d'antimoine.

Par M. TROISFONTAINES.

Je demande à pouvoir dire quelques mots d'un procédé de traitement du lupus tuberculeux applicable dans un grand nombre de cas, ne nécessitant l'emploi d'aucun instrument et susceptible de donner des résultats très favorables, si on l'utilise avec la persévérance voulue.

Il ne s'agit pas d'un mode de traitement qui me soit personnel, mais au sujet duquel j'ai simplement une expérience considérable.

Je veux parler de la destruction du tissu lupique par la cautérisation au moyen du trichlorure d'antimoine pur, porté dans la profondeur des tubercules à l'aide de baguettes de bois demi-dur, effilées et trempées pendant quelques minutes dans le liquide caustique.

L'usage de ce sel d'antimoine a été préconisé par Unna qui l'incorporait à des pommades ou en imprégnait de petits coins de bois, qui, enfoncés dans le tissu malade et recouverts d'emplâtre, restaient à demeure pendant 36 à 48 heures. J'ai utilisé ce procédé, mais il me paraît plus simple et aussi efficace de se servir de baguettes d'une dizaine de centimètres de long, facilement maniables, et retirées après 10 ou 15 minutes de séjour dans l'épaisseur des tissus malades.

Il faut enfoncer le porte-caustique avec assez de force pour traverser tout le tubercule ; il est donc nécessaire d'atteindre une profondeur de plusieurs millimètres. La plupart du temps les bâtonnets restent parfaitement fixés d'eux-mêmes dans le tissu morbide et le sujet semble avoir été lardé de flèches minuscules.

Il est nécessaire bien entendu d'atteindre si possible tous les tubercules apparents, fallût-il pour cela, en rapprochant beaucoup les baguettes employées, déterminer, par confluence des eschares ainsi produites, une destruction en masse plus ou moins étendue. En opérant sur des régions simplement suspectes, on peut souvent pénétrer facilement dans des foyers tuberculeux déjà considérables. Si au contraire on s'attaque à du tissu sain, la pointe, si effilée soit-elle, est arrêtée par une résistance invincible. En procédant de la façon indiquée, à l'aide de baguettes n° 10 de la filière Charrière, on détermine la formation d'eschares de 3 à 4 millimètres de diamètre.

La douleur produite par ce mode de cautérisation est vive, mais cependant supportée par la plupart des sujets. L'opération est également moins impressionnante que la cautérisation au thermo ou au galvano-cautère.

Plus que cette dernière, le chlorure d'antimoine agit en largeur et en profondeur. La réparation cicatricielle s'opère cependant assez rapidement et les cicatrices qui s'ensuivent n'ont, pour la plupart, aucun aspect déplaisant. Il serait donc fort erroné de croire que ce

procédé thérapeutique n'est pas applicable à la face. Je l'ai utilisé un grand nombre de fois au nez, sur les lèvres, les joues, les oreilles, et n'ai jamais eu à le regretter.

Très éclectique de nature, je ne considère nullement ce mode de cautérisation comme un procédé de choix. Je puis toutefois assurer qu'il donne des résultats relativement rapides, qu'il produit des destructions plus étendues que le phénol, l'acide lactique, le crayon de nitrate d'argent, etc., etc.

Il est à la portée de tout médecin. Il ne peut, naturellement, se substituer à l'excision, aux scarifications, au raclage, et ne doit pas être mis en parallèle avec ces procédés, pas plus qu'avec la photoradiation, la radio- et la radiumthérapie.

La cautérisation produite par le chlorure d'antimoine ainsi utilisé, a l'avantage d'agir sur toute l'épaisseur des lupomes et de provoquer presque fatalement la destruction définitive de tous ceux qui sont atteints par la baguette.

Cette méthode ne nécessite pas d'ordinaire la chloroformisation du patient et ne le force pas d'habitude à interrompre son travail pendant la durée du traitement. Le pansement consiste simplement dans l'application, sur les régions cautérisées, d'une poudre telle que le bismuth, le dermatol, le talc additionné d'aristol, le créosoforme, etc., et dans l'emploi d'emplâtre Vigier à l'oxyde de zinc. Lorsque le pus vient à fuser sous les bords de l'emplâtre, on remplace celui-ci, après avoir lavé la région intéressée avec un liquide antiseptique : l'eau oxygénée, l'eau d'Alibour, une solution faible d'oxycyanure de mercure. Ces soins peuvent donc être donnés au patient par quelqu'un de son entourage, s'il se trouve incapable de les prendre lui-même.

Parfois il y a lieu de réprimer un bourgeonnement exubérant.

Je serais heureux qu'une méthode de cautérisation aussi simple fût plus souvent utilisée qu'elle ne l'est aujourd'hui ; elle peut, même à notre époque, rendre encore de réels services dans le traitement d'une affection rebelle entre toutes.

Le traitement opératoire du lupus.

Par M. MORESTIN.

Les résultats fournis par les cautérisations, la radiothérapie, le Finsen, sont assurément du plus grand intérêt ; parmi les nombreux sujets qui nous ont été présentés, beaucoup sont remarquables et nul ne les admire plus que moi. Malgré les merveilleux progrès réalisés par les méthodes modernes, il faut néanmoins garder dans le traitement du lupus une place importante à la chirurgie. L'extirpation chirurgicale, quand elle s'adresse à des cas favorables, est en effet simple

et bénigne et procure une guérison rapide, habituellement stable et dans des conditions satisfaisantes au point de vue esthétique.

Elle est indiquée surtout dans les lupus de petites dimensions, n'intéressant pas les orifices du nez ou les paupières, et dont l'ablation n'exige aucune mutilation. Les lupus très étendus, largement ulcérés, qui couvrent presque tout le visage, ou qui entourent les orifices naturels, seront bien plus avantageusement traités par d'autres méthodes. Le chirurgien ne peut intervenir en pareil cas que pour pratiquer des curettages suivis de cautérisations, qui donnent du reste de remarquables améliorations, ou tardivement quand la cicatrisation a été obtenue, pour pratiquer les opérations plastiques exigées par l'atrésie de la bouche ou des narines, l'ectropion des paupières, la destruction plus ou moins complète des parties molles du nez. Quel que soit l'intérêt de cette chirurgie réparatrice appliquée aux difformités post-lupiques, quelle que soit l'efficacité des petits soins chirurgicaux dirigés contre les lupus ulcérés, végétants, ou très vastes, je laisserai de côté ces parties de la question et, de même, tout ce qui concerne les épithéliomas développés sur les lupus, voulant insister principalement sur les cas que l'opération doit guérir vite et radicalement.

Pour donner les résultats qu'on en attend, l'exérèse doit être très complète ; il faut sacrifier non seulement la plaque lupique, mais une bande relativement large des téguments qui entourent la lésion visible, non seulement toute l'épaisseur du derme, mais le pannicule adipeux sous-cutané.

La réparation de la perte de substance ainsi créée est aisée quand il s'agit d'un petit lupus ; elle devient délicate ou difficile quand il faut avoir recours aux méthodes d'autoplastie, parmi lesquelles l'opérateur choisit selon le siège et l'étendue de la lésion, l'âge du sujet et aussi selon ses habitudes personnelles. C'est surtout cette perspective d'interventions réparatrices exigeant du temps et de la patience, qui détourne non seulement les malades, ce qui se conçoit trop bien, mais les médecins et même beaucoup de chirurgiens, du traitement opératoire du lupus.

Il est très certain que la thérapeutique sanglante ne saurait être présentée sous un jour très avantageux si l'on envisage exclusivement les cas qui sont justement défavorables à la chirurgie, mais ce n'est pas sur les cures entreprises dans des conditions médiocres ou détestables qu'il faut se baser pour justifier l'orientation chirurgicale du traitement. Celle-ci paraîtra d'autant plus rationnelle et meilleure que l'on s'occupera d'une manière précoce de lésions circonscrites. Moins le lupus est étendu, plus il est chirurgical, plus prompt, meilleure, plus durable, sera la guérison.

J'ai opéré un assez grand nombre de petits lupus occupant la joue,

la pommette, le front, la plupart chez de jeunes sujets. Quelques-uns étaient porteurs de deux, trois ou plusieurs plaques lupiques séparées, distantes les unes des autres, et nécessitant des opérations distinctes. Comme petits lupus, je comprends les plaques variant des dimensions d'une lentille ou de l'ongle du petit doigt à celles d'une pièce de deux francs. Les opérations ne demandent qu'un peu de soin dans la direction des incisions et de la ligne de suture, l'affrontement des



FIG. 1.

bords, le mode de réunion, la surveillance de la plaie. Quand les sujets ne sont pas des enfants, je fais l'opération à la cocaïne, qui fournit une anesthésie très suffisante. Je veille à ce que l'affrontement soit obtenu sans traction, en décollant les téguments à la distance nécessaire pour les mobiliser et les détendre. Souvent j'ai recours à une suture perdue au catgut fin, rapprochant le pannicule adipeux et le derme pour éviter la tension des fils superficiels. Ceux-ci sont de soie excessivement fine, placés à l'aide d'aiguilles très minces, enlevés de très bonne heure, aussitôt qu'ils ne sont plus indispensables. La cicatrice linéaire s'efface graduellement et devient très peu visible au bout de quelques mois. Chez quelques sujets il faut regarder avec attention



FIG. 2.



FIG. 3.



FIG. 4.



FIG. 5.

pour la retrouver. Dans ces conditions d'ablation de lupus de la joue, de la pommette, du front, que leurs petites dimensions et leur siège permettent d'enlever très largement, je n'ai vu encore aucune récurrence. En voici quelques exemples :

Une fillette opérée en juin 1905, Benjamine A..., à l'âge de 5 ans, d'un lupus grand comme une lentille, occupant le centre de la joue gauche. Elle est parfaitement guérie et sa cicatrice est presque introuvable.

Voici B..., infirmière à Saint-Antoine, opérée aussi en juin 1905, à l'âge de 20 ans, pour deux petites plaques lupiques entourées de cicatrices résultant de cautérisations subies antérieurement, le tout comparable en étendue à une pièce de 50 centimes. Guérison parfaite et cicatrice pour ainsi dire invisible (fig. 1).

Voici Eugénie D... (fig. 2 et 3), dont l'observation figure dans la thèse de mon élève Jacquot (1905) et qui a subi, le 12 mai 1903, l'ablation d'un lupus grand comme une de nos anciennes pièces de 20 centimes.

Alexis Duh..., a été opéré, le 1^{er} novembre 1905, pour une plaque lupique d'une longueur de 3 centimètres et demi sur une largeur de 2 centimètres (fig. 4). Il est toujours parfaitement bien guéri, la photographie montre le résultat au 21^e jour (fig. 5).

Voici un homme opéré en 1902 pour un lupus de la région malaire (fig. 6). Sa guérison ne s'est jamais démentie (fig. 7).

M^{me} G... a subi le 23 décembre 1906 l'extirpation d'un lupus grand comme une pièce de 2 francs occupant la joue gauche. Déjà sa cicatrice est presque invisible (fig. 8 et 9).

Dans le cas suivant de M^{me} Hamb..., opérée en 1905, la perte de substance ayant été plus considérable, comparable à une pièce de 5 francs (fig. 10), je laissai d'abord la plaie se réduire spontanément ; secondairement je pus, en mobilisant les bords, obtenir leur affrontement. La cicatrice est moins belle que chez les malades précédents, mais la guérison est acquise et paraît définitive (fig. 11).

Les lupus atteignant et dépassant l'étendue d'une pièce de 5 francs, et occupant la joue, sont encore justiciables de l'extirpation, avec l'espoir d'une bonne guérison. Mais alors il ne faut plus compter sur le résultat esthétique irréprochable. Je vous ai présenté l'an dernier deux jeunes filles opérées pour des lupus de la joue, l'un assez étendu, l'autre très étendu. Chez l'une d'elles, Marguerite P..., la restauration était meilleure parce que la lésion était plus circonscrite. La guérison est restée parfaite depuis le 5 avril 1904, date de l'opération. Il faut croire que son visage est encore assez avenant, car elle vient de m'annoncer son mariage.

Chez l'autre, aucune récurrence n'est survenue depuis l'époque où je vous l'ai présentée, l'an dernier.



FIG. 6.



FIG. 7.



FIG. 8.



FIG. 9.



FIG. 6.



FIG. 7.



FIG. 8.



FIG. 9.



FIG. 10.



FIG. 11.

Dans ces pertes de substance vastes ou très vastes de la joue, j'ai recours pour couvrir la plaie à un grand lambeau prélevé sur la région sus-hyoïdienne et au besoin sur la région sous-hyoïdienne. Je peux lui donner des dimensions considérables, assez pour couvrir, s'il le faut, toute la joue. La plaie d'emprunt est comblée immédiatement par un énorme décollement des téguments du cou et même du thorax, méthode autoplastique qui m'est personnelle et sur laquelle



FIG. 12.

j'ai insisté déjà plusieurs fois dans les Congrès de Chirurgie et dans diverses publications.

La facilité avec laquelle s'effectue la réparation des pertes de substance sus-hyoïdiennes, par décollement des téguments cervicaux ou cervico-thoraciques, permet d'attaquer largement tous les lupus de cette région sus-hyoïdienne. En voici un exemple que je vous présente. Mlle Jeanne D..., entre autres localisations lupiques, en avait une qui couvrait et débordait de toutes parts la région sus-hyoïdienne (fig. 12). L'ablation créa, par conséquent, une plaie énorme s'étendant depuis le menton jusqu'au cartilage cricoïde, d'un angle de la mâchoire à l'autre et occupant même une partie de la joue gauche.



FIG. 13.



FIG. 14.

Par décollement poursuivi jusqu'au-dessus des clavicules la réparation a pu être obtenue sur-le-champ (fig. 13). Cette grande mobilisation tégumentaire, au premier abord formidable, est en réalité inoffensive. Il n'y a jamais d'accidents, jamais de sphacèle, et la peau s'en accommode fort bien.

Quand le lupus affecte l'oreille, les paupières, le nez, il ne faut opérer qu'avec une grande réserve, cela pour des raisons inverses à celles qui



Fig. 15.

militent en faveur de l'intervention, difficulté de l'ablation complète à cause de l'origine profonde probable, mutilation nécessaire, opérations plastiques compliquées. Il m'est arrivé, dans 3 cas, d'attaquer des lupus du pavillon de l'oreille, ayant pour point de départ le lobule. Chez ces malades, on pouvait espérer détruire complètement la lésion, et de fait les trois sont désormais guéries (fig. 13 et 14). Il est possible de reconstituer à l'oreille un lobule, mais justement ces trois femmes ont préféré rester ainsi. Parmi elles justement se tenait M^{lle} Jeanne D... (fig. 13).

Un seul lupus du nez m'a paru justiciable de l'extirpation, il occupait le lobule et le dos du nez (fig. 14). J'ai fait la décortication, puis j'ai

dû appliquer une greffe prise, à la façon italienne, sur la face interne du bras. La guérison se maintient depuis déjà deux ans ; mais le résultat esthétique, sans être mauvais, ne me paraît pas très beau (fig. 15). La décortication, chez un sujet jeune dont la peau est



FIG. 16.

fraîche et rose et dont les cartilages nasaux offrent peu de résistance, n'est pas comparable à la décortication que l'on pratique chez les adultes ou des vieillards pour épithéliomes cutanés ou pour l'acné hypertrophique. D'autre part, il est excessivement rare que le lupus siègeant en ce point ne soit pas la conséquence de lésions endonasales. C'est donc d'une manière toute exceptionnelle que le chirurgien doit s'y attaquer.

J'en dirai autant des lupus palpébraux, conséquence habituelle

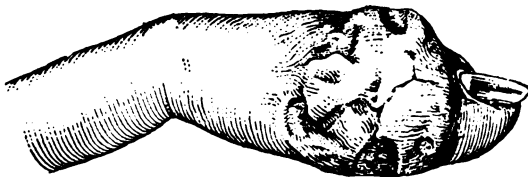


FIG. 17.

d'une lésion des voies lacrymales et de la muqueuse nasale.



FIG. 18.

Pour les lupus du tronc ou des membres, l'extirpation reprend tous

ses droits, sauf pour ceux d'une étendue démesurée occupant par exemple tout un segment de membre.

Nous avons en général l'embarras du choix pour les procédés de réparation; les greffes de Thiersch et la greffe italienne répondent à presque toutes les indications. La greffe italienne est surtout excellente pour les lupus du bras, de l'avant-bras, du dos de la main. Les téguements du thorax, ou de l'abdomen, fournissent à profusion toute la matière autoplastique nécessaire. Voici, entre autres, une jeune femme à laquelle j'ai fait une greffe importante prélevée sur l'abdomen, pour combler la plaie résultant de l'ablation d'un lupus de l'avant-bras.

Pour la cuisse ou les jambes, on aura plus volontiers recours aux greffes dermo-épidermiques.

Dans quelques circonstances, pour les lupus des extrémités, on est conduit à laisser la plaie se réparer spontanément, le travail de la nature valant mieux parfois que celui du chirurgien. Pour un lupus de la plante du pied, grand comme un franc, chez un jeune garçon, lupus occupant la voûte plantaire, j'ai laissé ainsi la plaie se combler toute seule, faute de pouvoir tenter aucune autoplastie satisfaisante, et le résultat a été bon.

De même, chez une jeune fille atteinte d'un lupus du médius, couvrant la face dorsale et les faces latérales des deux dernières phalanges, j'ai pratiqué la décortication sans la faire suivre d'aucune autoplastie. La réparation s'est faite spontanément dans de bonnes conditions, et même sans perte de l'ongle. L'opération a eu lieu en avril 1904 et la guérison persiste (fig. 16 17, 18).

Je me résume en déclarant que le traitement chirurgical est justifié dans un très grand nombre de lupus du tronc, des membres, du cou, de la joue, et d'autant mieux indiqué que la lésion est moins étendue, quel'ablation de ces lupus circonscrits procure une guérison très prompte et presque toujours définitive.

Traitement du lupus de la face par la photothérapie.

Par MM. DE BEURMANN et DEGRAIS.

En 1901, l'hôpital Saint-Louis possédait un appareil de Finsen destiné au traitement du lupus par les rayons chimiques de la lumière. Les résultats excellents obtenus par cette méthode décidèrent rapidement les malades à y recourir et en 1903 un second appareil fut installé. De plus en plus convaincus de la supériorité de la photothérapie, nous avons vu le nombre des malades grossir chaque jour et, grâce à M. le Directeur de l'Assistance publique, deux nouveaux appareils vont bientôt fonctionner dans notre service.

Six années de pratique nous ont démontré la sincérité absolue des

statistiques publiées par Finsen et si, pour des raisons déjà données au Congrès de la tuberculose, nous ne pouvons mettre la nôtre en parallèle avec celles de Copenhague, il n'en reste pas moins certain que la photothérapie pratiquée avec des appareils puissants est la méthode qui réunit le plus d'avantages dans le traitement du lupus de la face.

Notre but ici est d'indiquer que nous ne comprenons pas le traitement par la lumière comme une méthode exclusive. Si elle peut suffire à elle seule dans bien des cas, elle trouve, à notre avis, un précieux adjuvant dans l'emploi de certaines anciennes méthodes auxquelles on doit l'associer.

Nous insisterons aussi sur l'utilité qu'il y a, dans le traitement du lupus de la face, à trouver et à traiter le point de départ du lupus qui fort souvent est endo-nasal.

AVANTAGES DE LA PHOTOTHÉRAPIE. — 1^o La méthode est *indolore*, gros avantage dans le traitement d'une affection contre laquelle tous les procédés mis en œuvre jusqu'à Finsen étaient fort douloureux.

Même, dans les formes ulcérées où la compression pourrait être pénible, nous supprimons celle-ci par l'emploi de l'adrénaline et laissons à la photothérapie cet avantage précieux de ne pas faire souffrir.

2^o Les *cicatrices*, aussi belles que possible, offrent une *souplesse* que l'on n'est jamais sûr d'obtenir avec les autres procédés de traitement.

La guérison s'obtient toujours avec une *intégrité absolue des formes*.

Le lupus des *paupières* et du *rebord palpébral* peut être facilement traité, à cause de l'innocuité des rayons lumineux pour l'œil et de la certitude de ne pas obtenir une guérison au prix d'un ectropion de la paupière.

Enfin, nous avons vu, dans quelques cas heureux, des *chéloïdes* suite de galvanocautérisations, *s'affaïsser* sous l'influence de la lumière.

3^o La guérison, obtenue avec les avantages que nous venons d'indiquer, est le plus souvent *définitive* et si elle ne s'obtient pas dans tous les cas avec une égale facilité, tous les cas sont favorablement influencés. Disons de suite que les lupus tuberculeux ulcérés et bourgeonnants cèdent le plus rapidement, les formes non ulcérées à tubercules enchâssés sont de beaucoup les plus résistantes.

Aussi, malgré les gros avantages de la photothérapie, n'avons-nous pas complètement abandonné les anciennes méthodes et les utilisons-nous comme adjuvantes, car le temps des malades est précieux et rien n'est à négliger pour obtenir des succès rapides.

ASSOCIATIONS DE MÉTHODES. — Un point à notre avis très important, est la désinfection préalable du lupus. Malgré le peu de

complications observées dans les lupus présentant de vastes surfaces ulcérées et remplissant par conséquent les meilleures conditions voulues pour des inoculations microbiennes secondaires, nous avons souvent constaté des améliorations notables obtenues uniquement par les pansements chirurgicaux et les pulvérisations. La part d'infection surajoutée ainsi que l'inflammation concomitante disparaissant, la lésion lupique est ramenée à sa plus simple expression.

PERMANGANATE DE POTASSE. — Le traitement par le permanganate a beaucoup fait dans ce sens; aussi n'hésitons-nous pas à l'utiliser chaque fois qu'un lupique se présente à nous porteur d'ulcérations lupiques infectées, et c'est seulement quand les infections secondaires ont disparu, que nous commençons la photothérapie.

PEROXYDE DE ZINC OU EKTOGAN. — L'ektogan, grâce à son dégagement constant d'oxygène, est aussi un très bon agent de pansement, qui, s'il n'a pas l'action puissante et quelquefois curative du permanganate, mérite une place importante dans cette phase préparatoire de la photothérapie.

SCARIFICATIONS. — Les scarifications, dont les succès ne sont plus à compter, sont souvent employées malgré la note douloureuse qu'elles viennent jeter dans le traitement du lupus, parce qu'elles permettent de gagner un temps précieux.

Grâce à elles, les gros bourgeons lupiques sont rapidement affaissés et ce résultat, que d'ailleurs la lumière peut obtenir à elle seule, est acquis plus rapidement.

Nous les utilisons aussi avant les séances de lumière, dans les cas où les réactions que doit produire l'appareil de Finsen ne sont pas assez marquées; il y a intérêt alors à scarifier la région où doit agir la lumière, les réactions s'y font mieux et l'action curative est plus profonde.

GALVANOCAUTÉRISATION. — Quant aux galvanocautérisations, c'est à dessein que nous leur réservons la dernière place; nous ne les employons que très rarement, pour parachever une guérison presque complète et poursuivre quelques points isolés et difficilement accessibles au compresseur de Finsen.

En principe, tout malade à qui la photothérapie peut être appliquée ne doit pas être cautérisé. Les méthodes caustiques sont essentiellement sclérosantes; elles créent des tissus que les rayons chimiques ne pénètrent qu'avec une extrême difficulté.

Nous n'avons donc recours aux cautérisations que quand un malade considéré comme guéri revient à nous portant, de ci de là, des tubercules petits et peu nombreux. Quelques pointes de galvanocautére peuvent en effet rapidement détruire ces petits foyers.

Enfin lorsqu'un foyer lupique peut-être facilement enlevé chirurgicalement et qu'on peut obtenir une cicatrice linéaire sans déforma-

tion esthétique appréciable, il est très indiqué d'employer ce procédé, quitte à faire usage en même temps de la photothérapie sur les foyers moins accessibles à la chirurgie, ou, en cas de récidive, les deux méthodes se combinent très heureusement dans certains cas.

Ainsi aidée par l'adjonction des méthodes anciennes qui ont fait leurs preuves et ont leurs indications spéciales nettement déterminées, la photothérapie nous apparaît comme une méthode vraiment parfaite, tant sont insignifiants les reproches que l'on peut lui adresser.

NOMBRE DES SÉANCES. — On a beaucoup insisté sur le grand nombre des séances utiles et la longueur du temps demandé pour obtenir la guérison quand les lésions lupiques sont étendues. Mais toutes les méthodes encourent ce reproche, avec cependant cette différence que des malades traités depuis 10, 15, 20 ans par les autres méthodes restées impuissantes obtiennent en 2 ou 3 ans, grâce à la photothérapie, des guérisons inespérées.

Quant aux petits lupus, ils demandent un temps relativement court pour être guéris définitivement et dans un certain nombre d'années, s'ils se faisaient traiter assez tôt, il n'existerait plus de ces malades aux vastes surfaces ulcérées, aux visages rongés, qui sont autant de preuves vivantes de l'insuffisance des méthodes antérieures à la photothérapie.

CHERTÉ DES SÉANCES. — Quant à la cherté des séances, ce reproche serait juste si la dépense de 50 à 60 ampères, nécessaires à la production de la lumière, ne pouvait être employée que pour un seul malade isolé; mais le lupus s'attaque le plus souvent aux ouvriers, aux indigents qui ont droit aux soins de l'Assistance publique et qui viennent se grouper à l'hôpital. De ce fait, la dépense diminue considérablement, puisque, dans notre laboratoire, où 4 lampes de Finsen vont bientôt fonctionner et nous permettre le traitement de 16 malades par heure, grâce à l'installation de ces lampes en série la dépense d'électricité ne sera pas plus grande que pour un seul malade.

Ainsi avec une installation suffisante pour le nombre des malades à traiter, il sera possible de faire au même sujet plusieurs séances chaque jour et de diminuer de beaucoup la durée du traitement; et d'autre part le groupement des malades et la possibilité de les garder moins de temps à l'hôpital diminueront considérablement le prix des séances et celui du traitement.

Il est d'ailleurs trop clair que la photothérapie sera toujours un *traitement d'hôpital* et de *maison de santé*, et ne pourra jamais être employée par tous les praticiens isolés, comme les scarifications, les cautérisations et les caustiques. Cela est d'autant plus vrai que les petits appareils imaginés dans le but de rendre l'emploi de la lumière plus facile et moins coûteux ne donnent que des résultats médiocres et

que le grand appareil de Finsen reste infiniment supérieur à tous ceux que l'on a voulu lui substituer jusqu'à présent.

Quel que soit le traitement employé pour combattre le lupus et quelle que soit la patience du malade, il arrive que l'on n'obtient que des résultats incomplets et que la maladie récidive, si en même temps que les lésions cutanées il y a des lésions muqueuses et si ces dernières ne sont pas traitées à fond. Dans un grand nombre de cas, le lupus de la face commence par les fosses nasales et on peut trouver celles-ci atteintes même lorsque le lupus siège dans des points assez éloignés du nez ; or, tant qu'un foyer de ce genre subsiste, le malade ne peut être considéré comme guéri et la récidive est probable.

Nous nous sommes efforcés de dépister et de traiter à fond, dans tous les cas, les lésions endo-nasales des lupiques et nous avons confié cette partie du traitement à M. le Dr Egger qui a bien voulu examiner et traiter systématiquement tous nos malades à ce point de vue spécial.

Les résultats de sa pratique sont consignés dans la note suivante.

TRAITEMENT DU LUPUS DES FOSSES NASALES.

Par MM. DE BEURMANN et EGGER.

Depuis 1903, l'un de nous a installé dans son service de l'hôpital Saint-Louis une section spéciale pour les malades ressortissant à la spécialité oto-rhino-laryngologique.

Comme dans toutes les innovations, cette section du service n'a pas donné tout ce qu'elle aurait pu ; c'était un petit service tout nouveau qu'il fallait loger dans un petit coin, et dont la majeure partie de l'instrumentation insuffisante consista longtemps, et consiste encore pour quelques instruments, en quelques pièces de rebut renickelées. A côté de cela, pour obtenir des statistiques, il faut des cas suivis et des malades sérieux. Or à quel genre de clientèle avons-nous eu affaire ?

Entrant dans un service où ces soins spéciaux n'étaient pas donnés, comme dans beaucoup d'autres services d'ailleurs, nous nous sommes d'abord trouvés en face de sujets à lésions très avancées, dont la partie spéciale qui nous occupe ici n'avait précisément pas été traitée. En outre, les malades n'acceptaient pas tous les quelques légères douleurs occasionnées par le traitement, ainsi que la durée des soins. De telle sorte que cette clientèle hospitalière peut se subdiviser ainsi :

I. MALADES DOMICILIÉS A L'HOPITAL. — 1^o Personnel hospitalier, infirmiers et infirmières ; vastes destructions où l'on peut parfois arrêter l'envahissement muqueux.

2^o Malades dont l'hospitalisation est définitive en raison de lésions

destructives extrêmement étendues, ou en raison de leur état général, tuberculoses multiples.

II. MALADES EXTERNES. — 1° Malades pusillanimes qui fuient après avoir vu une goutte de sang ou senti l'odeur d'une pointe de feu.

2° Malades qui, au bout de quelques semaines de traitement, négligent de venir, même quand les progrès vers la guérison sont évidents. C'est malheureusement le contingent le plus nombreux :

3° Malades suivis avec plus ou moins de succès, mais cependant suivis. Ce n'est que de ce groupe que l'on peut faire état. A côté de quelques cas de guérison, il est un certain nombre de malades chez lesquels la profondeur presque inaccessible des lésions ne laisse place que pour un pronostic des plus médiocres.

Ce n'est qu'après avoir établi ces différentes catégories de malades que l'on peut utilement étudier ce que nous pouvons faire pour eux.

Je ferai en outre remarquer qu'il est un certain nombre de sujets sur lesquels nous n'avons pas conservé de notes :

1° Ceux dont le lupus externe de la face ne coïncidait pas avec des lésions de la muqueuse nasale (on leur conseillait néanmoins de venir se faire surveiller).

2° Quelques porteurs de lésions tellement étendues que toute thérapeutique un peu active eût été du temps perdu.

Restent 65 observations qui se répartissent comme il suit :

I. CAS GRAVES AVEC ENVAHISSEMENT DES MUQUEUSES RHINO-PHARYNGO-LARYNGÉES. — 6 malades en traitement avec peu de chances de succès à cause de l'étendue et de l'inaccessibilité des lésions. De ce nombre, à signaler une jeune fille de 20 ans dont les lésions nasales et intra-nasales sont guéries, mais qui est malheureusement atteinte de lupus du pharynx et du larynx.

21 malades ont disparu en cours de traitement. L'un d'eux, très gravement atteint de lupus de toutes les muqueuses, est mort de maladie intercurrente. Une autre, une jeune fille de 28 ans, Ernestine C..., était en bonne voie d'amélioration lorsqu'elle disparut subitement. M^{me} Lef... a eu une amélioration considérable à la suite de l'ablation de son cornet inférieur lupique, mais, bien que porteur de lésions au niveau de son amygdale linguale et du larynx, n'a pas été revue.

II. LUPUS ÉTENDU DES NARINES. — 3 malades n'ont pas été revus. L'un d'eux, en bonne voie de guérison, n'est pas revenu depuis plusieurs mois. 2 malades encore en traitement présentent des lésions trop inaccessibles de la partie profonde des narines pour qu'on puisse compter sur un résultat favorable.

III. LUPUS LIMITÉS PERMETTANT UN PRONOSTIC FAVORABLE. — 17 cas, présentant des lésions peu étendues, ne sont pas revenus

dès le premier examen ou les premières séances de traitement : M^{lle} B..., ne présentait dans le nez que de l'infiltration du vestibule gauche.

M. C..., un commerçant de la rue de la Paix, en bonne voie, ne s'est pas représenté à l'hôpital depuis plusieurs mois.

M. Ch..., ne présente que des lésions débutantes au niveau du plancher de la fosse nasale gauche.

M. P..., 57 ans, avait un lupus à l'âge de 27 ans, bien guéri, dit-il, par Vidal. — Récidive remontant à 2 années, occupant tout le pavillon nasal. Or, la narine droite est le siège d'un rétrécissement cicatriciel sans apparence de lésions en évolution, tandis que le cornet inférieur gauche est nettement lupique.

6 malades ont subi un traitement plus ou moins prolongé, mais ne sont pas revenus depuis plusieurs mois.

De ce nombre :

1. M^{lle} H... quitte le traitement très améliorée, sans se faire surveiller.
2. M^{lle} N... cesse de venir après un curettage dont on n'a pu contrôler les effets.
3. R..., Louis, en voie de guérison, n'est pas revenu depuis 7 mois.

13 malades suivent un traitement et reviennent régulièrement :

Obs. I. — Germaine H..., 13 ans, allait recevoir son exeat, son lupus de la joue étant guéri, lorsque je l'examinai : le lobe de la narine droite présentait encore une petite encoche, en apparence cicatricielle, mais j'y constatai un prolongement lupique du côté de la muqueuse. En outre, une perforation de la cloison cartilagineuse avec bord ulcéré. Actuellement, elle va bien ; je me contente de la surveiller.

Obs. II. — Amélie R..., 13 ans, outre les lésions lupiques externes, laisse voir, même sans instrumentation spéciale, dans la narine gauche, une véritable tumeur molle, adhérente à la cloison cartilagineuse. Curettée, la cloison sous-jacente paraît saine ; 15 jours après, j'appliquai quelques pointes de galvano-cautère sur une surface mamelonnée et la cloison située en avant du siège de la tumeur extraite. — En surveillance.

Obs. II. — Françoise S., n'a plus que de temps en temps un petit bourgeon qui apparaît sur le bord de la perforation cartilagineuse de la cloison, et aussitôt réprimé au galvano-cautère.

Obs. IV. — M^{me} de K..., que je vois depuis quelque temps en clientèle, a présenté un point lupique sur son cornet inférieur droit, puis sur la face droite de la cloison cartilagineuse, et tout cela sans continuité directe avec son lupus de la joue droite. Le cornet est guéri. Reste la cloison qui, sans être complètement guérie, va beaucoup mieux.

7 malades sont guéris, dont 3 restent en surveillance, et 4 autres ont partis guéris, mais n'ont pas été revus depuis longtemps.

Quelles *conclusions* tirer de cet exposé sommaire et incomplet de faits? Nous avons donné plus haut les raisons pour lesquelles ces faits sont incomplets, et cependant nous affirmons qu'on peut en déduire des conclusions très précises.

1° L'examen et le traitement rhinologiques du lupus de la face ont une importance capitale, parce que l'on trouve très souvent des lésions lupiques très étendues des fosses nasales. Ces lésions, qui sont la règle dans le lupus du centre de la face, existent fréquemment aussi dans les cas de lupus éloigné du nez et sans communication directe apparente avec les fosses nasales.

2° L'interrogatoire soigneux des malades et l'examen des lésions prouvent que, dans beaucoup de cas, le foyer initial et le point de départ des lésions lupiques a été une affection nasale négligée dont la nature a été méconnue jusqu'au moment où le tégument externe a été envahi.

3° Tout lupus de la muqueuse nasale isolé et non traité a toutes les chances de devenir un lupus de la face. Tout lupus de la face guéri en apparence récidivera sûrement si on a négligé de soigner à fond les lésions nasales concomitantes.

4° Le lupus des fosses nasales, primitif ou secondaire, pris à ses débuts, c'est-à-dire lorsque les lésions ne sont pas trop étendues, est curable.

5° La question d'esthétique n'intervenant pas, comme pour la face, dans le choix du mode de traitement, on doit employer hardiment les procédés destructeurs les plus rapides : ablation, curettages, cautérisations, acide arsénique, solution d'iode de Finsen, etc. Grâce à l'emploi de la cocaïne, la douleur de ces procédés est atténuée.

6° Comme dans toutes les localisations du lupus, il est nécessaire de suivre longtemps les malades en apparence guéris, afin de dépister à son début et d'arrêter aussitôt une récurrence.

M. LEREDDE. — La thérapeutique est un amas d'illusions, d'hypothèses non fondées et d'opinions préconçues, mais je n'en connais pas de meilleure preuve que ce qui se passe pour le lupus tuberculeux. Tout le monde, ce matin, nous a montré d'excellents résultats obtenus dans le traitement de cette maladie; d'autre part nous voyons sans cesse des malades traités pendant des années sans le moindre bénéfice qui même se sont aggravés. Nous pourrions parler indéfiniment de la question sans être avancés davantage, si nous ne nous préoccupons pas de la méthode à apporter dans son étude.

Mais je tiens d'abord à féliciter M. de Beurmann des résultats qu'il a obtenus par la photothérapie. Ils prouvent ce qu'on peut tirer de celle-ci lorsqu'on l'emploie d'une manière systématique et persévérante. Il a insisté sur la nécessité de soigner les muqueuses et je suis, sur ce point comme sur les autres, absolument de son avis, la muqueuse nasale étant en particulier un foyer constant de repullulation et de récurrence.

SÉANCE DU 6 JUIN 1907

Présidence de M. H. Hallopeau.

SOMMAIRE. — Nécrologie. — Chancres syphilitiques de la voûte palatine, par M. Alex. RENAULT. (Discussion : M. HALLOPEAU.) — Syphilide pigmentaire du cou, étendue à toute la partie antérieure de la poitrine. Vitiligo concomitant, par M. Alex. RENAULT. (Discussion : M. HALLOPEAU.) — Ulcère variqueux très douloureux et rebelle, guéri sans cessation de travail par des applications légères de radium, par MM. WICKHAM et DEGRAIS. (Discussion : MM. DANLOS, BAUDOUIN, WICKHAM, HALLOPEAU.) — Un cas de lichen ruber plan en larges placards, localisé à la face dorsale de la main droite, traité par le radium, par MM. WICKHAM et DEGRAIS. — Hidradénomes éruptifs (épithéliome kystique bénin) ; remarques sur l'évolution, par M. FRANÇOIS-DAINVILLE. — Rhinoplastie par abaissement du cadre de l'orifice osseux des fosses nasales et d'un lambeau frontal, par M. H. MORESTIN. — Un cas de pityriasis rubra pilaris, par MM. HALLOPEAU et GARBAN. — Pemphigus végétant ou mycosis ? par MM. HALLOPEAU et RAILLIET. (Discussion : MM. DANLOS, GASTOU, BALZER.) — Observation d'un nouveau cas d'ostéite syphilitique tertiaire suppurée du tiers inférieur du fémur avec arthropathie, simulant une lésion tuberculeuse, par MM. GAUCHER, FOUQUET et GRÉHANT. — Chancres syphilitiques de la gencive, par MM. GAUCHER, CAMUS et DRUELLE. (Discussion : MM. GAUCHER, DANLOS.) — Chancres syphilitiques de la fosse naviculaire de l'urèthre, par MM. GAUCHER et CAMUS. (Discussion : M. Alex. RENAULT.) — Lésions des glandes vasculaires sanguines (corps thyroïde, capsules surrénales), dans les érythèmes desquamatifs et les affections bulleuses, par MM. PAUL GASTOU et BOGOLEPOFF. — Baumes et onguents à base d'essences et de résines végétales, dans le traitement externe des brûlures, par MM. PAUL GASTOU et Camille GUILLON. (Discussion : MM. NOIRÉ, DANLOS, BALZER.) — Contribution à l'étude de la livido inflammatoire, par MM. BALZER et MERLE. — Sur un cas de phlébites récidivantes des veines des membres inférieurs et des veines sous-cutanées abdominales, par MM. BALZER et GALUP. — Affection indéterminée peut-être congénitale des glandes sébacées (communication faite dans la séance du 2 mai), par M. H. DANLOS. — Lymphomes symétriques des paupières, de la joue et de l'oreille gauche, sans leucémie, par MM. DANLOS et BLANC. — Note sur quelques cas de pellagre observés à Alger, par M. J. BRAULT.

Nécrologie.

M. HALLOPEAU. — J'ai le vif regret d'apprendre à la Société la mort de M. le Dr Combe, dentiste de l'hôpital Saint-Louis et membre de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie. Chacun de nous regrettera la perte du collègue courtois qui maintes fois nous a prêté

le concours de sa grande expérience en stomatologie. Il avait organisé et dirigeait avec une grande compétence le beau service dentaire de l'hôpital Saint-Louis.

Chancre syphilitique de la voûte palatine.

Par M. Alex. RENAULT.

Le malade, que j'ai l'honneur de vous présenter est franchement syphilitique. Les lésions de la peau, les lésions des muqueuses l'attestent.

Regardez d'abord le visage ; il est couvert de plaques, très légèrement saillantes, dont la coloration jambonnée évoque l'idée de syphilis. Les papules, qui siègent à la nuque, sont encore plus nettes au point de vue de leur origine. Enfin, sur le tronc, siègent quelques papulo-croûtes, qui parachèvent le diagnostic.

Passe-t-on à l'examen des muqueuses, les lésions spécifiques sont de toute évidence : à la lèvre supérieure, une vaste syphilide papulo-érosive, en voie de cicatrisation ; sur la langue, quelques plaques lisses, disséminées.

Jusqu'ici, rien que de très banal. Mais ce qui est intéressant chez ce sujet, c'est la porte d'entrée du virus. Or, quand on examine la voûte palatine, on découvre à la partie antérieure une ulcération, dont les caractères rappellent ceux du chancre syphilitique : c'est une perte de substance, assez profonde, dont les bords sont taillés à l'évidoir, dont le fond sécrète peu, et dont la réparation est très lente.

Elle dure en effet depuis plus de 2 mois et deux cautérisations, pratiquées à la consultation chirurgicale de l'hôpital Cochin, l'ont peu modifiée.

Particularité, dont l'importance a une valeur séméiologique de premier ordre, les accidents secondaires sont apparus un mois et demi après le début de cette ulcération, c'est-à-dire dans les délais classiques de la seconde incubation.

Le malade attribue sa lésion à la piqûre d'un os de lapin. Il est beaucoup plus rationnel d'incriminer l'habitude qu'ont les garçons de restaurant, car telle est la profession de notre homme, de boire les uns après les autres au goulot d'une même bouteille.

Mais, pour que la démonstration soit complète, il faut s'assurer qu'il n'existe nulle part ailleurs d'effraction, ou de cicatrice d'effraction, indiquant la pénétration du virus.

Or l'inspection la plus attentive de la zone ano-génitale fournit un résultat négatif. Même conclusion à tirer de l'exploration des autres régions cutanées ou muqueuses.

Restent à rechercher les deux autres signes cliniques, qui impriment

à la lésion primaire le cachet de certitude : l'induration d'abord, le bubon satellite ensuite.

L'induration, vu le siège de la lésion, on ne peut songer à en faire état, la voûte du palais étant dure dans toute son étendue.

Quant au bubon satellite, à l'adénite de voisinage, elle manque de netteté.

Les vaisseaux lymphatiques, qui émanent de la voûte, se rendent dans des ganglions situés sur les côtés de la membrane thyro-hyoïdienne. Nous ne trouvons pas à ce niveau d'adénite appréciable. Un peu plus haut et en arrière, dans la région sous-maxillaire, on sent un corps très dur, qui a la forme et le volume d'un ganglion. Mais la dureté a une consistance osseuse et semble faire corps avec le maxillaire inférieur. Plus en arrière encore existe une petite masse arrondie, qui apparaît, quand on y prête attention, constituée par l'amygdale du même côté.

Néanmoins, bien que l'induration ne puisse être appréciée, que l'adénite reste douteuse, je crois pouvoir conclure à l'existence d'un chancre syphilitique de la voûte, en raison des autres caractères de l'ulcération et de ses rapports chronologiques avec les accidents secondaires.

Si tel est, Messieurs, votre jugement, mon malade est porteur d'un chancre extra-génital des plus rares puisque, dans sa longue carrière, M. le professeur Fournier n'a observé que deux cas d'ulcération primaire de la voûte palatine.

M. HALLOPEAU. — En raison de la chronologie des accidents, ce malade doit avoir eu, en effet, un chancre syphilitique de la voûte palatine.

Syphilide pigmentaire du cou étendue à toute la partie antérieure de la poitrine. Vitiligo concomitant.

Par M. Alex. RENAULT.

Ce second malade, Messieurs, est moins intéressant que le premier. Néanmoins, il tire sa valeur de deux particularités cliniques, dont l'une est exceptionnelle, au moins chez l'homme.

C'est un syphilitique de 2 ans, qui est entré dans le service pour une blennorrhagie, ne se doutant pas qu'il porte non seulement au cou, mais étendue à toute la partie antérieure de la poitrine, une syphilide pigmentaire typique. Il s'agit de la forme en réseau, à la fois la plus élégante et la plus caractéristique.

Mais à cette syphilide pigmentaire se joint une grande plaque de vitiligo, qui siège au-dessus de la hanche gauche et qui est accompagnée de deux autres plaques dans la barbe.

Au niveau de ces dernières, les poils sont tout à fait blancs. On dirait des zones peladiques en voie de réparation. Cette hypothèse ne

doit pas nous arrêter un instant, attendu que depuis le moment où ce malade a vu sa barbe pousser, il a toujours constaté la blancheur des poils.

Je ferai remarquer, en terminant, que notre sujet ne répond pas à la conception des dermatologues qui rattachent le vitiligo à la syphilis.

Chez lui, la syphilis date de 2 ans, le vitiligo au contraire remonte à sa prime jeunesse.

M. HALLOPEAU. — Je crois que l'origine syphilitique du vitiligo n'est guère soutenue actuellement.

Ulcère variqueux très douloureux et rebelle guéri sans cessation de travail par des applications légères de radium (méthode sèche).

Par MM. WICKHAM et DEGRAIS.

Voici une démonstration de ce qu'on peut obtenir avec de faibles doses de rayonnement de radium, c'est-à-dire par la méthode que M. Danlos a désignée sous le nom de méthode sèche. C'est celle que nous employons avec grand profit dans nombre de dermatoses chroniques et *localisées*, rebelles aux autres traitements, dont les éléments morbides sont relativement superficiels, comme le lichen plan, le psoriasis, les névrodermites, les eczémas lichénifiés des mains, de la face, etc., et chez lesquels il n'est nul besoin de détruire. Nous avons aussi employé avec succès cette méthode dans diverses ulcérations rebelles. Le cas que nous présentons est particulièrement démonstratif.

M. F..., 53 ans, ouvrier, fatiguant beaucoup de ses jambes, a les membres inférieurs couverts de varices, double condition défavorable pour guérir d'un ulcère s'il devait s'en produire.

Précisément, il y a 18 mois, est apparu un petit ulcère qui s'est très vite agrandi sans dépasser toutefois les dimensions d'une pièce de 1 franc. Cet ulcère est placé sous la malléole interne du pied droit. Son peu d'étendue semblerait devoir faciliter sa guérison ; cependant par aucun moyen, même le repos essayé quelque temps, le malade n'a pu se débarrasser de cet ulcère. Il en est cependant fort gêné, une douleur lancinante, très vive, se produit aux mouvements, à ce point que depuis plusieurs jours il a dû abandonner son travail.

Il nous est envoyé au « Laboratoire biologique du Radium » par le Dr Gressat, le 18 janvier.

Nous voyons un homme souffrant visiblement de son pied, qui marche en boitant fortement et se tient sur la pointe du pied droit sans pouvoir le plier.

18 janvier. — Première application de radium pendant 10 minutes.

19 janvier. — Le malade se sent beaucoup mieux. Nouvelle application de 10 minutes.

20 janvier. — Le malade prétend ne plus guère souffrir, il peut plier le

pied ; il veut reprendre son travail, nous le laissons faire. Troisième application de 10 minutes.

23 janvier. — Quatrième et dernière application de 10 minutes. L'ulcère semble avoir quelque tendance à la cicatrisation ; mais à ce moment nous estimons le traitement très insuffisant. Le malade devait revenir subir des applications plusieurs jours encore ; mais contre notre attente il ne revient pas. N'ayant plus de douleurs, il ne pense plus à se soigner, ne regarde plus sa plaie et ne s'occupe plus que de son travail. Nous pensions le cas perdu, lorsque le 6 février le malade se présente devant nous, par reconnaissance, dit-il. Il nous montre une plaie tout à fait fermée. Une légère croûte est enlevée d'un coup d'ongle, dessous, les tissus sont secs, cicatrisés.

Il y a 4 mois de cela et, ainsi que vous le voyez, malgré les mauvaises conditions des varices et du travail debout, la cicatrice est restée solide. C'est précisément le désir de nous rendre compte du degré de résistance de cette cicatrice qui nous a conduit à surseoir de 4 mois à la présentation de ce malade.

Les doses employées ont été faibles, inférieures en tout cas à celles qui déterminent de la nécrose cellulaire. — L'appareil utilisé contenait, fixé par un vernis, 0 gr, 025 de sel de radium d'activité originelle 500 000. — La surface de l'appareil, qui est rond et plat, a 2 centimètres de diamètre. Sa radiation, extérieure au vernis, mesurée par M. Baudouin à notre laboratoire de physique, celle utilisée, en un mot, donne comme activité 62 000 et comme composition 2 p. 100 de rayon α ; 84 p. 100 de rayon β et 10 p. 100 de rayon γ . 40 minutes consécutives de cet appareil sur peau saine de l'avant-bras donne une érosion ou une exulcération ; ce même temps, divisé par quart en l'espace de 6 jours n'aurait guère pu sur peau saine dépasser plus que l'érythème simple.

M. DANLOS. — Il faut opposer cette application de la méthode sèche en radiumthérapie, à la méthode ulcéralive dans laquelle on recherche la destruction de la lésion.

M. BAUDOUIN. — Le cas que viennent de nous présenter MM. Wickham et Degrais tire surtout son intérêt du fait que le malade a pu guérir sans cesser son travail et en continuant à marcher. Les autres méthodes thérapeutiques n'arrivent en effet à guérir les ulcères variqueux que par l'adjonction d'un repos complet.

M. DANLOS. — Je crois que certains petits ulcères variqueux bien pansés peuvent guérir sans que le malade cesse de marcher.

M. WICKHAM. — Cette méthode sèche est d'un grand intérêt, car elle peut s'appliquer dans nombre de dermatoses où il n'y a aucune indication à provoquer la destruction. Cela m'a permis entre autre de faire disparaître rapidement plusieurs cas fort rebelles d'eczémas lichénifiés.

M. HALLOPEAU. — Je déplore que l'administration de l'Assistance publique ne mette pas de radium à la disposition des médecins de l'hôpital Saint-Louis, et je me propose de leur demander, dans leur commission mensuelle, d'émettre un vœu qui fasse cesser ce regrettable état de choses.

M. DANLOS. — Il est probable que ce vœu restera platonique, en raison du prix élevé du radium.

Un cas de lichen ruber plan en larges placards, localisé à la face dorsale de la main droite, traité par le radium.

Par MM. WICKHAM et DEGRAIS.

En raison des résultats que nous avons obtenus sur diverses dermatoses rebelles, chroniques et superficielles, M. Milian remplaçant M. de Beurmann, sous l'instigation de M. Degrais, nous confie ce cas pour être traité au « Laboratoire biologique du Radium ».

Il s'agit d'une fillette de 12 ans, obligée de travailler de ses mains et pour cette raison pressée d'être débarrassée de son lichen. Celui-ci consiste en un grand et trois petits placards ayant les caractères objectifs typiques du lichen ruber plan. Il n'y a rien sur aucun autre point du corps. Cette localisation est curieuse ; elle n'en existe pas moins et est fort tenace.

Les applications de radium ont commencé le 14 décembre 1906 et se sont renouvelées les 15, 17, 18, 19 et 20 décembre. Elles ont duré chacune 45 minutes.

Sur le grand placard, c'est un appareil vernis plat et rond de 3 centimètres de diamètre, contenant 0,04 de radium d'activité initiale 500 000, qui a été utilisé. Sur les autres placards, c'est un appareil de 1 centimètre de diamètre contenant 0,01 de sel à 500 000 activités. La radiation extérieure utilisée, mesurée par M. Beaudouin, préparateur du laboratoire de physique, est : pour le premier appareil, d'activité 50 000 et contient 10 % d' α , 85 % de β et 10 % de γ ; pour le second appareil, d'activité 15 000 et contient 9 % d' α , 85 % de β et 10 % de γ .

Les tissus sous cette influence se sont vite modifiés, il s'est produit au niveau des plaies une érosion, légère il est vrai, mais suivie de croûte. Le 15 janvier la guérison complète était obtenue, mais avec une légère décoloration blanchâtre de la peau qui indique un tissu un peu cicatriciel. Pressés de satisfaire la malade, nous avons un peu trop activé le traitement, et des doses sensiblement plus faibles eussent été bien suffisantes. La petite malade, du reste, et ses parents sont extrêmement satisfaits des résultats tels qu'ils ont été obtenus.

Il eût suffi, notre expérience nous l'a montré depuis, avec le plus fort appareil, de 4 applications de 30 minutes et, avec le plus faible, de 6 applications de 30 minutes. De cette façon, nous aurions assisté à la même guérison mais avec intégrité des tissus.

**Hidradénomes éruptifs (épithéliome kystique bénin);
remarques sur l'évolution.**

Par M. E. FRANÇOIS-DAINVILLE.

Il est toujours intéressant de pouvoir suivre l'évolution des maladies, surtout dans les cas relativement rares, comme ici. C'est à ce titre que je désire principalement attirer l'attention à propos d'une malade étudiée par M. Jacquet il y a 19 ans et dont le moulage figure au musée de l'hôpital Saint-Louis (voir n° 1383, malade de MM. Porak et Jacquet — année 1888) et dans la *Pratique Dermatologique* (voir tome I, Pl. XIV).

Voici d'abord l'histoire clinique de cette malade.

M^{me} G..., 55 ans, ménagère, a eu une fièvre typhoïde à l'âge de 11 ans. Dans l'enfance, sans qu'elle puisse préciser la date exacte, est apparue l'éruption d'hidradénomes, qui a augmenté, dit la malade, à chaque nouvelle grossesse. Elle a eu 6 enfants, tous actuellement vivants, bien portants et sans lésions cutanées. Depuis cette époque il n'est pas apparu de nouveaux éléments éruptifs.

C'est en 1888, alors qu'elle était dans le service d'accouchement de M. Porak à Saint-Louis, qu'elle fut examinée par M. Jacquet qui pratiqua une *biopsie* et fit faire un moulage. Il trouva à l'examen histologique des tractus épithéliaux de forme plus ou moins régulièrement cylindrique, situés dans le chorion, et composés de cellules épithéliales polygonales ou allongées et sans membrane limitante; il existait de plus un grand nombre de kystes résultant du renflement d'un boyau épithélial sur son trajet ou à son extrémité. Ces kystes étaient tapissés de cellules épithéliales aplaties et contenaient une substance colloïde spéciale. Ces détails histologiques appartiennent en propre aux hidradénomes éruptifs et permettent de les classer (1).

Depuis ce séjour à Saint-Louis, l'état général de la malade s'est altéré. Elle se livra à des excès alcooliques qui lui causèrent des crampes, des cauchemars et de la gastrite. Elle dut faire il y a 2 mois un séjour à Tenon, pour néphrite albuminurique et troubles de précirrhose hépatique.

Etat actuel de l'éruption. — Celle-ci est localisée à la partie antérieure du thorax et sur les seins, n'atteignant pas l'ombilic dans sa limite inférieure, et ne se propageant pas aux membres; latéralement elle s'arrête sur la ligne axillaire, aussi peut-on dire qu'elle occupe ainsi la région de la valve antérieure d'une cuirasse. Les éléments, nombreux, sont constitués par de petites tumeurs papulo-tuberculeuses de forme lenticulaire un peu ovale, à grand axe dirigé dans le sens des plis de la peau, de couleur rose jaunâtre, à surface lisse non desquamante, formant saillie de 1 à 2 millimètres sur la peau du voisinage; cette dernière ne présente aucun phénomène d'irritation. Dans la région dorsale on remarque l'existence de plusieurs verrues plates

(1) L. JACQUET et DARIER. — Hidradénomes éruptifs (épithéliomes adénoïdes).

et de quelques nævi vasculaires et pigmentaires, dont il sera question encore plus loin.

En somme, à première vue, l'éruption de cette malade aurait pu faire penser à des syphilides papuleuses, ou même au xanthome papuleux, mais l'examen histologique et l'évolution de la dermatose viennent lever tous les doutes.

Le terme d'épithéliome kystique bénin (Jacquet, Brocq) semble justifié ici à la fois par l'anatomie pathologique et l'absence de transformation maligne des tumeurs, ou de toute autre modification, pendant une vingtaine d'années. Depuis le mémoire de Darier et Jacquet, d'autres cas ont été publiés sous les noms de syringo-cystadénome (Unna et Torök), de cellulome épithélial éruptif (Quinquaud). E. Besnier préfère la dénomination de cystadénomes épithéliaux bénins. Ces dénominations diverses proviennent de la façon différente des auteurs de concevoir la formation embryologique de ces tumeurs. D'autres observations ont été faites encore. Celle-ci, par sa longue durée, permet de présenter et de retenir les conclusions suivantes :

1° La marche bénigne et la tendance à la régression, en dehors de tous traitements, survenue au moment de l'involution et constatée par M. Jacquet qui a revu la malade ; l'état actuel de l'éruption, au moment de la période de la ménopause, témoignent certainement d'une *évolution rétrograde* dans les dimensions et la saillie des éléments éruptifs.

2° La coexistence de nævi vasculaires et pigmentaires, autres néoplasies congénitales, permet de classer la maladie qui nous occupe dans les nævi et même de la rapprocher, par son origine embryonnaire et son évolution bénigne, de la maladie de Recklinghausen.

Rhinoplastie par abaissement de l'orifice osseux des fosses nasales et d'un lambeau frontal.

Par M. MORESTIN.

M^{me} C..., âgée de 45 ans, m'est adressée au mois de mai 1906 par le professeur Gaucher. Pendant 4 années, cette pauvre femme avait été considérée comme atteinte d'un lupus du nez particulièrement rebelle. M. Gaucher avait rectifié le diagnostic, reconnu qu'il s'agissait d'accidents syphilitiques tertiaires, et obtenu en 2 mois par le traitement spécifique la cicatrisation complète des surfaces ulcéreuses. Malheureusement son intervention avait été trop tardive pour sauvegarder les parties atteintes : les ailes du nez, le lobule, toutes les parties molles et la cloison jusqu'aux os propres du nez avaient disparu. Le nez se trouvait réduit à la portion correspondant à son squelette osseux. Les orifices des fosses nasales étaient fermés presque complète-

ment par une bande cicatricielle percée de deux pertuis admettant le bout d'une sonde cannelée, insuffisants pour la respiration comme pour l'écoulement des mucosités. Le tissu cicatriciel s'étendait dans une faible étendue sur la lèvre supérieure et autour du cadre osseux limitant la partie demeurante du nez. L'œil droit est atteint d'une conjonctivite qui, nous dit la malade, réapparaît au moindre prétexte et dont les premières poussées sont anciennes déjà.



FIG. 1.

Au sujet de la syphilis qui a provoqué la mutilation nasale, l'interrogatoire ne nous fournit aucun renseignement utile. La malade est d'une assez bonne santé générale. Elle a été opérée, il y a plusieurs années, d'un fibrome utérin. Dans son passé on relève une pleurésie séro-fibrineuse, circonstance qui a été retenue autrefois comme un indice de tuberculose possible et comme un appoint au diagnostic de lupus.

Je m'efforçai d'abord de rétablir la perméabilité des orifices nasaux. Je pus m'assurer à l'aide d'un stylet introduit par ces orifices que la membrane tendue au-devant des fosses nasales était assez mince. Je me déterminai à une intervention très simple, consistant à diviser verticalement cette lame cicatricielle à droite et à gauche de la cloison

en passant par les deux orifices sus-mentionnés. L'anesthésie locale à la cocaïne suffit à cette opération. Les deux boutonnières qui en résultèrent furent bourrées de gaze ; après 48 heures, les lanières de gaze furent remplacées par des tubes de caoutchouc qui restèrent quelques jours en place. Leur présence constante étant assez mal supportée, je dus bientôt me borner à une dilatation intermittente, supprimant les tubes au bout de 2 ou 3 jours pour les replacer après 1 ou 2 jours de repos. Au mois d'août, la malade partit pour la campagne et cessa toute manœuvre de dilatation. Quand elle revint au mois d'octobre les orifices s'étaient maintenus, suffisamment spacieux : ayant eu à souffrir d'un coryza récent, la malade nous raconte combien son ennui a été allégé par la possibilité de se moucher.

Cette question paraissant réglée, je pratiquai la rhinoplastie le 19 octobre, selon une technique qui a été utilisée dans des cas analogues et bien réglée par M. Nélaton. Il s'agit de détacher le cadre osseux avec son revêtement cutané pour en former le contour narinaire et de l'abaisser entraînant à sa suite un lambeau frontal doublé d'une lamelle osseuse pour reconstituer le nez.

Je traçai deux incisions symétriques, montant obliquement à droite et à gauche de la racine du nez vers le grand angle de l'œil et l'extrémité interne des sourcils, s'arrêtant en bas à un petit travers doigt du contour nasal. Ces deux incisions furent menées à fond jusqu'au squelette. J'en disséquai la lèvre antérieure, de façon à libérer la bande tégumentaire couvrant la racine du nez. Sous cette bande je passai la lame très mince d'une scie à arbre qui fut ensuite réarticulée, et je sciai les os du nez et la cloison sous-jacente parallèlement à l'échancrure nasale à 5 millimètres environ au-dessus d'elle. Je prolongeai alors les deux incisions sur le front, les rapprochant progressivement l'une de l'autre jusqu'à leur réunion à angle aigu de manière à tracer un lambeau finissant en pointe. A l'aide du ciseau et du marteau je détachai un copeau de la table antérieure du frontal le laissant adhérent au lambeau. Puis le cadre et le lambeau furent abaissés au point voulu, l'extrémité du lambeau se trouvant alors au-dessous des sourcils. La plaie frontale fut immédiatement réunie après décollement et mobilisation assez étendue de la peau du front. La partie supérieure du lambeau fut fixée par quelques points de suture. De chaque côté du nez persistaient deux ouvertures assez larges que je bourrai de gaze. Le changement de direction du cadre osseux déterminait de chaque côté, à la partie basse du nez refait, une plicature saillante. Deux points de suture seulement avaient été placés à ce niveau. Dans les fosses nasales je plaçai deux tubes.

Les suites furent des plus heureuses. Pas une parcelle du lambeau ne se mortifia. La plaie frontale se réunit par première intention et la cicatrice qui en résulta est devenue rapidement très peu visible.

Les plaies latérales se sont comblées promptement ; le 14 novembre je constatais qu'il n'en restait plus trace.

Enfin, le 23 novembre, je procédai à l'excision de deux petits tubercules latéraux résultant de la plicature précitée, de chaque côté du nez, réunissant par deux fils de soie les plaies insignifiantes résultant de cette excision. Depuis cette époque, les tubes placés dans les narines ne sont plus restés à demeure. Par précaution et pour maintenir le



FIG. 2.

calibre des orifices narinaux, la malade les a remis chaque jour elle-même une heure ou deux pendant deux mois environ. Elle a quitté la maison de santé le 10 décembre et a repris son existence habituelle.

Le résultat est absolument satisfaisant et le nez présente une configuration quasi-normale.

Ce procédé me paraît donc de tous points excellent. Je me bornerai à insister sur deux détails de mon intervention. La plaie d'emprunt frontale a pu être immédiatement réunie, dans sa totalité, grâce d'une part au décollement étendu des téguments environnants et aux proportions relativement faibles du lambeau. En second lieu les brèches latérales se sont comblées spontanément avec une grande

facilité, sans qu'il en résulte aucune traction, aucune cicatrice laide ou déprimée, ce qui prouve qu'il est parfois plus avantageux d'abandonner, de laisser cette réparation s'effectuer d'elle-même, que de vouloir obtenir d'emblée une réunion complète soit par un prélèvement frontal trop important, soit en tirillant le lambeau par de trop nombreuses sutures.

Un cas de pityriasis rubra pilaris.

Par MM. HALLOPEAU et GARBAN.

Ce fait présente de l'intérêt au point de vue du diagnostic, de la localisation des lésions et de la nature de la maladie.

Son histoire peut être résumée ainsi qu'il suit :

Isaac Wanb..., 13 ans, pavillon Bazin, lit n° 16.

Début de l'affection il y a 6 mois.

Auparavant, aucun trouble notable de la santé ; on note seulement un refroidissement constant des extrémités (pieds et mains) que rien ne peut réchauffer.

Etat actuel. (5 juin 1907).

Peau. — On note l'existence d'éléments cornés péri-folliculaires dont nous étudierons successivement la morphologie et la topographie.

Morphologie. — Productions cornées péri-folliculaires constituées par des cônes saillants, plus ou moins étalés à leur base qui se confond avec l'épiderme périphérique ; ces cônes, dont le diamètre à la base ne dépasse pas un millimètre, sont tronqués à leur sommet, au niveau duquel on voit à la loupe un point noir.

D'une consistance dure, cornée, ils donnent à la main une sensation râpeuse.

La peau sur laquelle reposent ces éléments est normale, sauf au niveau des creux poplités où elle semble avoir été irritée par le frottement des vêtements ; on note à ce niveau seulement une teinte rouge bronzé, mais en aucun point on ne relève l'existence de squames larges ou petites.

Topographie. — Ce qui frappe dès le début de l'examen, c'est la symétrie qui préside à la localisation des éléments : la nuque est envahie ; de l'apophyse épineuse de la 7^e vertèbre cervicale, part une bande de peau recouverte par ces saillies ; elle remonte en s'élargissant sur l'apophyse mastoïde ; elle est limitée en avant par le bord antérieur du trapèze ; en arrière et en dedans, elle laisse sur la ligne médiane un espace de peau saine large de trois travers de doigt environ.

Au niveau du moignon de l'épaule, à droite et à gauche, éléments moins nombreux.

Au niveau de la face externe du coude et de l'avant-bras, on note également des deux côtés quelques élevures disséminées.

Elles sont plus nombreuses à la face externe et antérieure des cuisses, et à la partie externe des fesses ; la peau qui les sépare est, par places, rosée.

Elles sont plus nombreuses encore au niveau des creux poplités, où elles

envahissent les téguments qui recouvrent les tendons du demi-membraneux en dedans, du biceps en dehors ; l'espace intermédiaire ne présente aucune lésion.

Notons encore la présence de quelques éléments disséminés sur la face antéro-externe des jambes.

Le tronc, le scrotum, le périnée, la face, le cuir chevelu sont indemnes de toute lésion.

En revanche, on note du côté des extrémités, pieds et mains, nez et pavillons des oreilles, une asphyxie locale très marquée.

Ces régions sont d'une couleur rouge violacé, et la température y est nettement inférieure à celle des autres régions. Cette asphyxie ne s'accompagne pas d'autres troubles, à l'exception d'une sensation de froid que rien ne peut faire disparaître.

État général très satisfaisant.

On note seulement un ralentissement notable du pouls, qui bat à 60 à la minute.

Cœur normal ; le malade se plaint cependant d'avoir de temps à autre quelques palpitations.

Poumons normaux.

Digestions faciles.

Urines normales.

En présence de cette éruption, l'on peut se demander s'il ne s'agirait pas d'une hyperkératose péripilaire ; mais on ne trouve pas ici les localisations symétriques qui appartiennent à cette dermatose et, d'autre part, l'affection de notre jeune malade remonte à quelques mois, alors que l'hyperkératose débute généralement beaucoup plus tôt.

Les extrémités digitales, si souvent intéressées par cette dermatose, sont ici indemnes : il est très possible que les phénomènes très prononcés d'asphyxie locale que nous avons signalés aient empêché le processus spécial au pityriasis rubra pilaire de suivre son évolution.

Nous n'avons trouvé chez cet enfant aucun signe de tuberculose en activité, mais, en le découvrant, on constate l'existence, à l'avant-bras droit, d'une cicatrice déprimée et adhérente à l'os sous-jacent ; il dit qu'elle est de date ancienne et qu'elle s'est produite consécutivement à un abcès froid : il y a donc là un stigmate de tuberculose et ce fait vient à l'appui de l'opinion de M. Milian qui considère le pityriasis rubra pilaire comme subordonné à cette infection.

Mycosis ou pemphigus végétant fruste ?

Par MM. HALLOPEAU et RAILLIET.

Ce malade nous paraît digne d'attirer l'attention de la Société en raison de la difficulté du diagnostic et de diverses particularités cliniques.

Nous en résumerons l'histoire ainsi qu'il suit :

Z..., 57 ans, entre le 13 mai 1907 au pavillon Bazin, n° 24.

Antécédents héréditaires. — Mère morte hydropique ; père mort à 59 ans d'apoplexie (?) ; 8 frères et sœurs : rien à signaler.

Antécédents personnels. — A 24 ans, il contracte un chancre ; celui-ci, survenu huit jours environ après le coït infectant, cède en 5 jours à trois cautérisations ; aucun traitement spécifique ne fut appliqué à ce moment ; d'ailleurs, il est impossible de retrouver le moindre accident suspect de syphilis.

Deux ans plus tard, adénite sous-maxillaire bilatérale qui nécessite l'incision. A cette époque, Z... fait une cure aux eaux iodées de Hall (Autriche).

Il se marie à 29 ans ; il a 7 enfants dont 2 meurent en bas âge ; les 5 autres sont actuellement bien portants.

Jusqu'en juin 1906, santé excellente.

Au début de ce mois, survient une éruption de saillies d'un rouge vif, de la dimension moyenne d'une pièce de 50 centimes ; il est difficile, d'après la description très insuffisante et confuse qu'en donne le malade, d'en indiquer les caractères.

Débutant par le front, cette éruption envahit successivement la face, les membres supérieurs, le tronc et finalement les membres inférieurs, de sorte qu'en 10 jours au plus, le corps est entièrement envahi.

Le malade vient alors consulter à Saint-Louis où il est traité par une pommade au goudron, et par des injections intra-fessières dont il ne peut indiquer la nature. Au bout de 3 semaines, il quitte l'hôpital sans amélioration ; les placards éruptifs sont seulement devenus croûteux.

Depuis, certains placards s'effacent tandis que de nouveaux apparaissent. Bientôt survient une alopecie à marche rapide ; en 8 jours, elle est complète : les sourcils, la moustache et la barbe tombent à leur tour dans l'espace d'un mois.

En dernier lieu, dans les premiers jours de mai, après 3 injections intra-fessières de nature indéterminée, survient une tuméfaction indolore des genoux et des cous-de-pied. C'est pour cela qu'il vient de nouveau consulter à Saint-Louis où il rentre le 13 mai. Il affirme avoir été traité comme syphilitique dans ces derniers temps.

Etat actuel (15 mai 1907).

Cuir chevelu : Alopecie presque totale ; il ne reste que quelques touffes de cheveux çà et là sur la partie droite du vertex, sur la région occipitale et sur la temporale gauche. La peau du crâne, sèche, se laisse plisser comme de la baudruche ; elle présente de multiples placards rosés, de dimensions variables, recouverts de squames faciles à détacher avec l'ongle ; par places, on voit des lésions croûteuses consécutives au grattage.

Face : Peau sèche, plissée en stries parallèles, en particulier au front (stries horizontales) et sur la joue droite (stries obliques), parallèles au sillon nasogénien ; bord libre des paupières enflammé ; sourcils totalement tombés ; de la moustache, il ne reste que quelques poils au-dessus de la commissure gauche ; la barbe, très clairsemée, ne persiste qu'un peu sur les joues et à la partie inférieure du menton. En dehors de la bosse frontale gauche, un placard de 4 centimètres sur 3, suintant, recouvert de croûtes impétigineuses,

jaunâtres, fendillées ; au-dessus de l'œil gauche, croûtelles jaunâtres. Sur la joue gauche, un vaste placard, croûteux au centre, squameux à la périphérie. Au tiers inférieur de la face postérieure du pavillon de l'oreille gauche, surface ovalaire suintante, saignant facilement, en partie recouverte d'épiderme soulevé à la périphérie par une sérosité louche.

Cou : Placards arrondis, rouges, desquamant. A la nuque, éléments très nombreux, gros en moyenne comme une pièce de 50 centimes, faisant saillie d'un demi-millimètre environ.

Tronc : Les poils sont tombés en même temps que la moustache ; il en reste quelques-uns au pubis.

Sur *lapoitrine*, mêmes éléments que sur l'abdomen, mais moins nombreux. Au-devant de l'aisselle droite, une lésion, exulcérée par grattage, est recouverte d'une mince pellicule blanche, semblable à du collodion.

L'*abdomen* présente des médaillons variant du volume d'une lentille à celui d'une pièce de 2 francs, assez régulièrement arrondis, confluant par places en larges placards, en particulier aux hypochondres et dans la région ombilicale. Faisant à peine saillie, de teinte rosée pour la plupart, ces éléments, rugueux au toucher, sont recouverts de squames qui se détachent avec la plus grande facilité au moindre frottement de la chemise ou des draps ; quelques-uns sont croûteux ; certains d'entre eux, manifestement en voie de régression, s'effacent sous le doigt ; par places même se devinent, à une légère pigmentation, des lésions anciennes disparues.

Dans le *dos*, aspect analogue. Dans la région interscapulo-vertébrale gauche, large placard recouvert de croûtes fendillées d'un blanc grisâtre ; lorsqu'on enlève ces croûtes, on reconnaît que la lésion montre une tendance manifeste à devenir végétante.

Membres : Sur les épaules, les bras, les avant-bras et les cuisses, mêmes éléments ; ils sont particulièrement confluent à la face postéro-interne des deux avant-bras, à la face postéro-externe des cuisses et aux fesses ; en ces dernières régions ainsi qu'aux jambes, les croûtes sont particulièrement nombreuses ; décollées en certains points, elles laissent sourdre un peu de pus.

Les coudes, les mains, les genoux, une partie des mollets, les pieds sont à peu près indemnes.

Au tiers inférieur des jambes, vastes taches bistrées, en voie de disparition. A ce niveau, la jambe gauche présente trois cicatrices arrondies, souples, fines et non pigmentées.

Les ganglions des régions inguinales et axillaires sont notablement tuméfiés. Notons enfin l'absence de toute démangeaison.

L'*état général* est toujours resté très bon ; il en est ainsi particulièrement de l'appareil digestif ; le malade proteste de sa parfaite sobriété.

Traitement :

Injectons d'atoxyl :	18 mai	0gr,75
—	21 —	0gr,75
—	23 —	0gr,25
—	1 ^{er} juin	0gr,25
—	4 —	0gr,25

Liniment oléo-calcaire.

Le 21 mai, maux de tête, frissons passagers.

Le 26 mai, apparaît un œdème assez prononcé des membres inférieurs, surtout marqué après la station debout. Rien dans les urines, rien au cœur.

L'état du tégument s'est sensiblement amélioré ; les croûtes sont en partie tombées ; l'abattement des premiers jours a cessé.

Ce malade, avons-nous dit, paraît avoir été traité récemment comme syphilitique ; c'est évidemment à tort : il y a bien des croûtes verdâtres qui pourraient faire penser à cette interprétation, mais on n'observe pas dans la syphilis les surfaces suintantes, ni surtout le soulèvement bulleux que nous avons constaté, non plus que la desquamation en larges lambeaux.

En tout cas, il ne s'agirait pas d'une syphilis ancienne, car il ne semble pas que le chancre d'il y a 30 ans ait été spécifique et les syphilides tertiaires ne présentent pas cette généralisation. L'alopécie n'est pas celle de la syphilis.

Les deux hypothèses qui méritent d'être discutées sont celles d'un mycosis et d'un pemphigus végétant ; l'existence bien nette d'un soulèvement bulleux autour de l'une des croûtes de l'oreille est en faveur de la seconde ; l'absence de prurit est, par contre, en opposition avec l'idée d'un mycosis. On ne peut méconnaître que la desquamation en larges et minces lambeaux du cuir chevelu est en désaccord avec la supposition d'une éruption bulleuse et que les saillies végétales, débarrassées des croûtes qui les surmontent, plaident pour le mycosis ; nous attendrons, pour porter un diagnostic ferme, les résultats de l'examen histologique.

Dans l'une et l'autre hypothèse, il y a des anomalies : la plus remarquable est cette alopécie survenue brusquement et intéressant toutes les parties velues du corps ; avec les petites houppes de cheveux qui persistent, elle donne au malade une physionomie étrange.

Il ne s'agit pas d'une pelade intercurrente, car les parties glabres sont le siège d'îlots desquamatifs très larges par places.

Connaissant les bons résultats qui ont été obtenus dans le traitement du pemphigus vulgaire par l'anilarsinate de soude, nous l'avons injecté chez ce malade, d'abord, à deux reprises, à la dose de 0^{sr},75 puis, à trois reprises, à celle de 0^{sr}, 25 ; à part un léger malaise après la seconde injection forte, cette médication a coïncidé avec une notable amélioration. Nous nous proposons de la continuer avec toutes les précautions nécessaires.

M. DANLOS. — Il y a lieu de penser qu'il s'agit ici d'un cas de mycosis fongoïde : il existe en effet des adénopathies inguinales et les éléments cutanés font une forte saillie et sont très infiltrés.

M. GASTOU. — A propos du malade que vient de nous présenter M. Hallopeau, je désire faire mention d'un travail de M. Bogolepoff sur les altérations

des glandes vasculaires sanguines dans les érythèmes desquamatifs et les éruptions bulleuses.

M. BALZER. — Des essais opothérapiques correspondant aux recherches de M. Bogolepoff ont-ils été tentés ?

M. GASTOU. — Non, ces essais n'ont pas été faits.

Observation d'un nouveau cas d'ostéite syphilitique tertiaire suppurée du tiers inférieur du fémur, avec arthropathie, simulant une lésion tuberculeuse.

Par MM. GAUCHER, FOUQUET et GRÉHANT.

Hortense V..., 38 ans, mécanicienne, entre le 30 mai 1907 dans le service de M. le professeur Gaucher, à l'hôpital Saint-Louis, pour une tuméfaction douloureuse de la cuisse et du genou gauches.

La malade n'a pas d'antécédents tuberculeux ; elle est syphilitique.

L'accident primitif fut méconnu.

En 1896, apparaît une éruption généralisée ; cette éruption n'est pas attribuée à la syphilis, et guérit sans aucun traitement.

Cinq ans plus tard, en 1901, la malade, à la fin de sa première grossesse, présente une large ulcération du pharynx, dont la cicatrice est encore bien visible aujourd'hui.

Elle est alors traitée par le sirop de Gibert et l'iodure de potassium.

En juin 1904, iritis spécifique de l'œil gauche, traitée et guérie dans le service de M. le professeur Gaucher par : piqûres de benzoate, instillations d'atropine, application de sangsues aux tempes.

Le 3 août 1904, l'état général est peu satisfaisant ; la malade éprouve des douleurs articulaires qui disparaissent à la suite de piqûres d'huile grise.

L'affection actuelle aurait débuté il y a 4 mois, petit à petit, sans traumatisme.

Il y aurait eu un gonflement énorme de la cuisse et du genou gauches, avec abcès évacué il y a un mois à la face externe du genou.

Un trajet fistuleux persiste depuis lors, laissant suinter sans cesse un liquide séro-purulent.

La peau est adhérente aux plans sous-jacents, et beaucoup plus chaude que de l'autre côté.

Il existe un empatement de tout le tiers inférieur de la cuisse et de toute la région du genou.

Il y a un peu d'atrophie du quadriceps du côté malade. La pression forte est sentie douloureusement dans la profondeur ; un point plus douloureux est décelable à la face externe du tiers inférieur du fémur.

Dans la moitié inférieure de la cuisse, on constate que le fémur est globuleux, beaucoup plus gros que du côté sain, portant une hyperostose sur sa face externe dans son tiers inférieur ; les condyles sont augmentés de volume.

La rotule présente un étalement et un élargissement de plus d'un centimètre à gauche, elle est mobile. Les plateaux du tibia sont également épaissis. On ne perçoit pas de craquements dans l'articulation, mais il y a une légère hydarthrose : on obtient le choc rotulien.

Mensuration du genou prise immédiatement au-dessus du bord supérieur de la rotule : à droite, 36 centimètres ; à gauche, 40. Seconde mensuration immédiatement au-dessous du bord inférieur de la rotule : à droite, 31 ; à gauche, 33 cent., 5.

Cette femme a eu 4 enfants, tous nés à terme. L'aîné est mort de pneumonie à l'âge de 7 mois ; les autres sont bien portants.

Le dernier accouchement a eu lieu il y a 6 semaines ; l'enfant ne présente aucun accident.

Depuis 4 ou 5 mois, la malade a subi un amaigrissement considérable. On ne trouve rien à l'auscultation ; l'*habitus général* pourrait faire penser à la tuberculose.

Le 6 juin 1907, après 7 jours de traitement par piqûres quotidiennes de 2 centigrammes de benzoate de mercure et par l'iodure de potassium (2 grammes), l'amélioration est considérable.

Le gonflement de toute la région a diminué de plus de moitié ; la fistule est presque fermée et il n'est plus même possible de faire sourdre le pus qui suintait auparavant en grande abondance.

Après 16 piqûres, l'empâtement des parties molles a disparu, on sent plus facilement le fémur qui est encore augmenté de volume dans son tiers inférieur. Les mensurations reprises donnent :

Circonférence	au-dessus de la rotule	39 cm.
	au-dessous	— 33,5

L'orifice fistuleux est complètement fermé. Les points douloureux ont disparu ; les mouvements sont en grande partie revenus et la malade, qui était tenue au lit, peut maintenant monter les escaliers et se mettre à genoux.

Nous avons cru utile de présenter cette observation. Le médecin traitant cette malade, à qui d'ailleurs elle avait soigneusement caché sa syphilis, avait conseillé un grattage de l'os.

Chancre syphilitique de la gencive.

Par MM. GAUCHER, P. CAMUS et DRUELLE.

Le malade que nous avons l'honneur de présenter à la Société est un jeune homme de 21 ans, sans antécédents pathologiques importants, héréditaires ou personnels, entré dans le service du Professeur Gaucher, auquel il avait été envoyé par le Dr Cruet, dentiste de l'Hôtel-Dieu, pour une ulcération de la gencive supérieure. Cette lésion date de 3 semaines ; elle a débuté par une petite excoriation superficielle qui a en quelques jours atteint la forme et les dimensions actuelles.

Cette ulcération siège sur la gencive supérieure gauche ; elle se traduit par une perte de substance occupant le bord de cette gencive, déchaussant une partie de la face antérieure des deux incisives et

atteignant sa plus grande profondeur entre l'incisive médiane et l'incisive latérale gauche. Elle érode le périoste et le bord antérieur alvéolaire du maxillaire. Ses bords sont arrondis et durs, non décollés. Le fond non suppurant est recouvert d'une pellicule blanc jaunâtre. Ses dimensions atteignent, suivant les diamètres, 1 à 2 centimètres. Les dents sont saines ; il n'y a pas de gingivite. Rien à la langue ni dans le reste de la bouche. Le malade n'éprouve aucun phénomène douloureux, même pendant la mastication.

Cette lésion gingivale s'accompagne d'une volumineuse adénopathie sous-maxillaire du côté gauche. Les ganglions sont durs, indolores, appliqués au bord inférieur et à la face interne de la branche horizontale de la mâchoire ; l'un d'eux atteint presque le volume d'un œuf de pigeon. D'autres ganglions plus petits, durs, mobiles, indolores, existent aussi le long du bord postérieur du sterno-mastoidien du même côté.

Légers maux de tête apparus depuis quelques jours, surtout aux dernières heures de la journée. Bon état général. Rien d'autre à noter que de l'hyperhidrose plantaire et des cicatrices d'ecthyma aux membres inférieurs.

Le malade est soumis au traitement mercuriel depuis son entrée.

Ce cas est un exemple typique de chancre syphilitique du bord de la gencive supérieure. Le mode de début et l'évolution, la forme et l'aspect de la lésion, l'engorgement ganglionnaire si caractéristique, ne laissent aucun doute à cet égard.

Le mode de contamination ne peut être affirmé ici d'une façon absolue ; cependant, de notre enquête il résulte qu'il n'est presque certainement pas d'origine vénérienne, mais relève vraisemblablement d'une excoriation et d'une infection par cure-dents, dont se servait constamment le malade sans précaution suffisante.

Cette observation, en tout cas, nous a paru assez rare et assez intéressante pour mériter d'être présentée à la Société.

M. GAUCHER. — Ce cas de chancre syphilitique de la gencive est remarquable par ce fait qu'il s'agit d'une ulcération profonde atteignant le périoste et déchaussant plusieurs dents. Il faut reconnaître que ce ne sont pas là les caractères habituels d'un chancre syphilitique.

M. DANLOS. — Le chancre syphilitique des gencives n'est pas toujours aussi profond. Il peut n'être qu'érosif et superficiel ; il en était ainsi dans un cas que j'ai observé.

Chancre syphilitique de la fosse naviculaire de l'urètre.

Par MM. GAUCHER et CAMUS.

Les observations de chancre syphilitique strictement limité à la

paroi uréthrale sont très rares, ainsi que le montre le petit nombre de cas publiés. Peut-être cependant ne sont-ils pas en réalité aussi exceptionnels et passent-ils quelquefois inaperçus ou confondus dans les symptômes d'une blennorrhagie concomitante. Pour ces motifs, ainsi que pour ses caractères cliniques particuliers, le cas suivant nous a paru intéressant et digne d'être présenté à la Société.

C'est un homme de 38 ans, dans les antécédents duquel on ne relève qu'une blennorrhagie chronique. Cette uréthrite aurait débuté à l'âge de 16 ans ; elle fut traitée pendant 3 à 4 mois par des injections de permanganate de potasse, puis par des capsules de santal. L'écoulement persista toujours depuis ce moment ; il subit deux ou trois recrudescences passagères. Réduit à l'état de goutte matinale, il dure encore aujourd'hui, 22 ans après le début.

Le symptôme révélateur de l'affection actuelle, c'est-à-dire du chancre syphilitique de l'urètre, apparut il y a 4 semaines. C'est une adénite inguinale assez rapidement progressive et volumineuse et que le malade attribua à son uréthrite chronique. Pas de douleur à proprement parler, mais seulement un peu de gêne de la marche pour laquelle il vint consulter à l'hôpital Saint-Louis.

A l'examen, la verge et le prépuce sont sains ; les lèvres du méat sont très légèrement oedématisées ; la pression du canal fait sourdre un peu de liquide séreux, citrin. La palpation de l'urètre révèle à la partie inférieure du gland une induration caractéristique. C'est un noyau arrondi et aplati, indolore et de consistance cartonnée, de 12 à 15 millimètres de diamètre, disposé horizontalement et occupant la paroi inférieure de la muqueuse au niveau de la fosse naviculaire.

En ouvrant le méat on n'aperçoit que la partie toute antérieure de sa surface ulcérée et infiltrée. L'aîne droite est le siège d'une adénopathie importante ; les ganglions engorgés sont durs, mobiles et indolores, l'un, plus volumineux, appartient au groupe supéro-interne de la région. Cette adénite semble depuis quelques jours en voie de régression.

Rien à la langue ni au pharynx, seulement un peu de gingivite superficielle. Quelques maux de tête le soir. Le malade est soumis au traitement mercuriel depuis 4 jours.

Depuis 2 jours le diagnostic vient encore d'être affirmé davantage par l'apparition des éléments d'une roséole sur le thorax et l'abdomen.

M. ALEX. RENAULT. — Il est nécessaire de palper soigneusement le canal chez tout malade atteint de blennorrhagie, pour éviter de méconnaître un chancre syphilitique de l'urètre. Quand cette dernière lésion est en cause, les lèvres du canal s'écartent difficilement, l'écoulement est peu abondant et séro-sanguinolent.

Lésions des glandes vasculaires sanguines (corps thyroïde, capsules surrénales) dans les érythèmes desquamatifs et les affections bulleuses.

Par MM. P. GASTOU et BOGOLEPOFF.

Depuis quelques années l'attention est attirée sur les troubles organiques multiples consécutifs aux altérations des glandes vasculaires sanguines : hypertrophie, atrophie ou destruction, d'où résultent des insuffisances fonctionnelles par excès, défaut, ou anomalies de sécrétion, provoquant, en dehors du basedowisme, du myxœdème ou de l'addisonisme, des troubles trophiques multiples de la peau et des muqueuses dermo-papillaires.

Jusqu'à présent ces troubles ont été peu étudiés, en dehors du myxœdème et des pigmentations. Dans des communications récentes (1) MM. Léopold Levi et H. de Rothschild ont essayé de démontrer l'action trichogène du corps thyroïde, les relations de certains œdèmes transitoires (2), de l'urticaire chronique (3), de l'auto-infection à répétition (4) avec des altérations du corps thyroïde.

Il y aurait donc grand intérêt, dans l'étude de la pathogénie des dermatoses, à rechercher les rapports existant entre les altérations des glandes vasculaires sanguines et des affections cutanées.

Le premier d'entre nous, à plusieurs reprises, a attiré l'attention sur les synergies organiques et les suppléances fonctionnelles, existant entre la peau et les organes profonds : système nerveux et viscères.

L'étude de ces synergies et suppléances conduit à une conception physiologique des dermatoses basée sur l'existence des vaisseaux de fonction et de nutrition (5).

Le second d'entre nous a eu l'occasion d'apporter des arguments à cette conception en étudiant les altérations du corps thyroïde et des capsules surrénales dans des cas d'érythrodermies desquamatives ou bulleuses, et de montrer qu'à côté des lésions hépatiques, rénales et nerveuses, il y avait dans ces affections des altérations de certaines glandes vasculaires sanguines.

Dans quatre cas, les lésions suivantes ont été trouvées :

1^o Dermatite exfoliatrice (du type pityriasis rubra) : Sclérose du corps thyroïde avec atrophie folliculaire et épithéliale. Kyste dans les capsules surrénales.

(1) Comptes rendus de la *Société Biologique*, 11 mai 1907, t. LXII, p. 852.

(2) Id., t. LXI, p. 745.

(3) Id., t. LXI, p. 35.

(4) Id., t. LX, p. 797.

(5) Le Terrain dermatologique. *Revue des maladies de la nutrition*, t. I, 1903, n° 2, p. 65. *Les Dermatoses systématisées*; voir également même Revue, 1903 et 1904.

2° Pityriasis rubra de Hebra : dégénérescence colloïde avec augmentation du tissu conjonctif dans le corps thyroïde. Lympho-sarcome des capsules surrénales.

3° Pemphigus foliacé : adénome du corps thyroïde et des capsules surrénales.

4° Maladie de Duhring : adéno-carcinome du corps thyroïde et sclérose conjonctive avec atrophie des capsules surrénales.

La coïncidence des altérations thyroïdiennes et capsulaires avec l'aspect clinique des lésions est des plus intéressantes. Il y a entre certaines dermatites exfoliatrices et les affections bulleuses de la peau des liens pathogéniques indiscutables.

Les unes et les autres peuvent aboutir à l'herpétide exfoliatrice maligne terminale et se rattachent, d'une part aux séborrhéides, d'autre part aux lymphodermies et au mycosis.

On peut envisager les groupes des érythrodermies comme formant deux séries parallèles :

1° *Érythrodermies desquamatives* : érythèmes toxiques et infections scarlatinoïdes ou scarlatiniformes, dermatites exfoliatrices, pityriasis rubra de Hebra.

2° *Érythrodermies bulleuses* : érythèmes toxi-infectieux, multiformes, pemphigus simple, maladie de Duhring, pemphigus végétant.

Dans ces 2 séries, quelle peut être la part pathogénique de la glande thyroïde et des capsules surrénales ?

La première par ses connexions vasculaires, les secondes par leur richesse nerveuse peuvent avoir, par leurs lésions, un retentissement sur la circulation générale, le système sympathique et le système nerveux central.

Les troubles fonctionnels du corps thyroïde entraînent des modifications dans la production de mucine ou des composés à base d'iode qui constituent sa sécrétion. La modification de la première peut provoquer des œdèmes cutanés, les modifications ou la production exagérée des composés iodés peut entraîner des affections à caractères bulleux du même genre que celles produites par l'absorption de l'iode ou des iodures.

Les troubles fonctionnels des capsules surrénales se répercutent sur le système nerveux sympathique, en outre, en modifiant la production de la sécrétion de l'adrénaline, peuvent entraîner des troubles vaso-constricteurs et vaso-dilatateurs causes d'érythèmes.

En résumé, que les altérations des glandes vasculaires sanguines soient isolées ou connexes, leur influence sur l'intégrité du fonctionnement normal des téguments est indiscutable. Il y a donc dans l'étude des lésions des glandes vasculaires, dans leurs rapports avec les affections cutanées, non seulement un intérêt pathogénique, mais un intérêt thérapeutique considérable au point de vue de l'emploi

de l'opothérapie thyroïdienne ou surrénale dans les dermatoses érythémato-desquamatives et bulleuses.

Baumes et onguents à base d'essences et de résines végétales dans le traitement externe des brûlures.

Par MM. P. GASTOU et C. GUILLOT.

La thérapeutique dermatologique a, depuis l'introduction des médicaments d'origine chimique, délaissé les baumes et onguents à base de produits végétaux, dont l'action est cependant des plus intéressantes à étudier.

Les baumes et les onguents ont joui, dans les siècles précédents, d'une grande faveur. Actuellement encore la médecine des simples en fait grand usage avec succès.

Les baumes sont des produits artificiels ou naturels; on appelle les premiers : *baumes factices*.

Les *baumes factices* sont des solutions de substances médicamenteuses dans l'alcool, l'éther, les huiles ou les résines.

Les *baumes naturels* sont des sécrétions ou excrétions végétales, liquides ou solides, composées d'essences ou huiles volatiles odorantes, de résines et d'acides de la série aromatique.

Les *onguents* sont des composés liquides ou solides, à base de baumes naturels, d'essences et de résines, auxquels on associe des corps gras d'origine animale, végétale ou minérale, des sels ou des médicaments d'origine chimique.

Dans les *baumes* et les *onguents*, le rôle essentiel est joué par les *essences*, *huiles essentielles volatiles* appelées également parfums, et par les *résines*.

Les essences ou parfums naturels sont des composés volatils, hydro-carbonés, oxygénés ou sulfo-azotés; leurs fonctions chimiques variables correspondent en chimie organique aux carbures d'hydrogène, alcools, phénols, aldéhydes, terpènes, éthers et acétones (1).

Les essences ont des propriétés antiseptiques, elles contiennent en outre des substances à action excitante ou astringente (vaso-dilatrices et vaso-constrictives).

Les *résines*, appelées souvent baumes naturels, sont des composés fluides ou solides, produits d'oxydation des huiles essentielles, caractérisés la plupart chimiquement par la présence d'acides de la série aromatique (acide benzoïque ou cinnamique). On les divise souvent en *résines*, *oléo-résines* et *gommes-résines*, suivant qu'elles sont associées ou non à des huiles ou gommes végétales.

Les essences et les résines sont solubles dans l'alcool, l'éther, les

(1) HERAIL. *Traité de Pharmacologie et de matière médicale*. Paris, 1901.

huiles fixes. La teinture de Quillaya Saponaria les émulsionne et sert souvent à les incorporer aux matières grasses animales, végétales ou minérales.

Les essences et résines dissolvent, seules ou avec la teinture de quillaya, l'iode, le soufre, le phosphore et un grand nombre de médicaments d'origine végétale ou chimique. Elles réduisent les sels et avec les alcalis forment des saponules.

Grâce à leurs propriétés, les *essences* et les *résines* peuvent, avec l'adjonction de poudres inertes ou actives, entrer dans la composition de baumes ou onguents des plus utiles et actifs dans le traitement des dermatoses.

Parmi ces baumes et onguents, nous en signalerons deux qui nous ont donné des résultats remarquables dans le traitement des brûlures et en particulier d'un cas de brûlure du visage et du dos par l'acide sulfurique.

Dès le lendemain de la brûlure, le liniment suivant fut appliqué recouvert de ouate :

Liniment oléo-calcaire.....	40 grammes.
Lanoline.....	20 —
Vaseline.....	10 —
Huile de Gomenol.....	10 —
Ichtyol.....	10 —
Orthoforme.....	2 —
Essence de verveine.....	) à XXX gouttes.
Essence de lavande.....	
Carbonate de magnésie.....	) à Q. S. pour faire une crème.
Talc.....	

Cette crème était renouvelée au début tous les jours. Très rapidement les eschares se détachèrent en même temps que la bouffissure des téguments diminuait. Les applications n'étaient pas douloureuses, la suppuration très peu marquée.

Du 15^e au 20^e jour, des pulvérisations de résorcine à 1 p. 500 furent faites et le liniment précédent remplacé par la composition suivante :

Baume du Pérou.....	XXX gouttes.
Onguent styrax.....	1 gramme.
Essence d'eucalyptus.....	XX gouttes.
Essence de cannelle.....	V —
Huile de vaseline.....	25 grammes.
Carbonate de chaux précipité.....	12 —

Cet onguent, plus douloureux que le liniment, a été néanmoins bien supporté. Les brûlures ont guéri à la face complètement ; dans le dos, où elles étaient très profondes, elles ont laissé quelques chéloïdes que les scarifications ont fait disparaître.

Il nous a paru intéressant de signaler cette médication des brûlures.

Nous avons utilisé d'autre part, dans des dermatoses variées, les essences et les résines comme base active de baumes et onguents qui nous ont donné des résultats curatifs excellents. Les parfums, d'ailleurs, ont été de tous temps utilisés par la cosmétique et la médecine anciennes dans l'art de conserver le visage et dans le traitement des maladies de la peau.

M. NOIRÉ. — Je ferai remarquer que moins on met de médicaments sur une radiodermite et plus elle guérit facilement. Un excellent médicament est l'huile d'amande douce stérilisée. J'ai vu se cicatriser par cet agent des radiodermes ayant résisté à tous les autres traitements.

M. DANLOS. — Je suis de l'avis de M. Noiré, les radiodermes guérissent d'autant mieux que l'on y fait moins d'applications médicamenteuses.

M. BALZER. — J'ai employé avec beaucoup de succès dans le traitement des radiodermes la solution d'alun à 1 p. 100.

M. DANLOS. — S'agissait-il, dans les cas traités par M. Balzer, de radiodermite érythémateuse ou de radiodermite ulcéreuse.

M. BALZER. — J'ai eu affaire à des radiodermes érythémateuses.

M. DANLOS. — Ces radiodermes érythémateuses guérissent seules et avec grande facilité. Il y a une grande différence sous ce rapport avec les radiodermes ulcéreuses.

Contribution à l'étude de la *livedo inflammatoire*.

Par MM. F. BALZER et P. MERLE.

Le nom de *livedo* est un terme de séméiologie qui désigne des états de congestion de la peau dans lesquels le système vasculaire sous-cutané est plus ou plus dessiné par la stase sanguine, de manière à former des taches ou des réseaux circonscrits à certaines régions et plus ou moins permanents. Ces réseaux, d'après une comparaison ancienne, rappellent parfois ceux qui se développent après la mort et que l'on désigne du nom de *lividités cadavériques*. Ces termes de *lividités*, *livedo*, indiquent surtout des rougeurs plus ou moins en réseau, tandis que le terme de cyanose s'applique à des rougeurs diffuses.

On peut les observer momentanément chez les individus qui sont restés trop longtemps dans la station verticale ou assise, les jambes pendantes : c'est la *livedo mechanica*.

Ils sont encore bien caractérisés dans une forme assez commune de *livedo* qu'on observe fréquemment chez certains sujets affectés de cyanose des extrémités. On voit chez ces individus, en même temps que la rougeur asphyxique des mains et des pieds, des congestions

vasculaires qui provoquent des *tâches cyanotiques* ou bien qui dessinent des réseaux annulaires, des marbrures en divers points du corps et en particulier souvent autour des coudes et des genoux. C'est ce qu'on appelle la *livedo calorica*, et que l'on peut parfois appeler justement la *livedo a frigore*. Cette variété assez commune ne retiendra pas ici notre attention, mais nous devons cependant faire remarquer à ce sujet qu'elle se développe; dans des conditions déterminées, chez des individus dont la nutrition est défectueuse, sensibles comme tels à l'action du froid qui détermine facilement chez eux l'affaiblissement de l'innervation vaso-motrice. De plus, ces troubles de la circulation périphérique marquent surtout leur action en certains points localisés, aux extrémités et autour des articulations et peuvent produire là soit des rougeurs cyanotiques diffuses (*livedo diffusa*), soit des rougeurs en réseaux, qu'on appelle ordinairement la *livedo annularis*. Ces phénomènes sont ordinairement passagers, ils cèdent facilement avec les mouvements, avec le réchauffement de l'individu; ils n'en reproduisent pas moins, à ce degré atténué, les principaux caractères de la *livedo*. Et même, comme nous le dirons plus loin, d'après Mracek, certains cas de *livedo a frigore* peuvent atteindre un degré de permanence assez marqué qui les rapproche des faits que nous voulons actuellement rapporter.

Ces faits concernent un type de *livedo* relativement *intense et permanent*, dans lequel se produisent des troubles vaso-moteurs et de la congestion régionale avec inflammation des parois des veines superficielles de la région affectée. Bien que l'inflammation n'aille pas jusqu'à produire des coagulations intraveineuses, la phlébite réticulaire n'en est pas moins évidente et cette variété pourrait porter le nom de *livedo inflammatoire*. Elle diffère de la *livedo* réticulaire *a frigore*, que caractérise la congestion des vaisseaux capillaires, par sa persistance et sa chronicité relatives, et par les dépôts pigmentaires, conséquences de l'inflammation des parois des troncs veineux et de l'exsudation de la matière colorante du sang.

Les *causes* de cette forme de *livedo* sont obscures; cependant on peut tout d'abord relever dans son étiologie les troubles de la circulation générale, dépendant du cœur ou des vaisseaux. Dans les deux cas que nous rapporterons, les viscères abdominaux, et notamment le foie, sont manifestement intéressés, à des degrés divers, il est vrai. Nous rapporterons d'abord le fait que nous observons actuellement et qui concerne le malade que nous avons présenté à la Société de Dermatologie dans la séance du 2 mai (1).

OBSERVATION. — Ce malade, âgé de 60 ans, entre, le 19 avril 1907, à

(1) Les figures annexés à ce travail paraîtront dans le numéro suivant du Bulletin de la Société.

l'hôpital Saint-Louis, pour des troubles de la santé générale consistant surtout en polyurie avec légère incontinence d'urine et lésions cutanées au niveau des membres inférieurs.

Il faut signaler comme antécédents pathologiques la scarlatine à 12 ans, la variole à 28. La santé restée bonne permit une vie très active : ce n'est que depuis quelques années qu'il est survenu des troubles du côté des membres inférieurs, des varices avec œdème marqué surtout à la jambe gauche ; en 1902, hémorrhagie assez abondante par suite de rupture d'une des veines variqueuses. Un peu plus tard, il fallut évacuer par une petite incision un abcès survenu au cou-de-pied gauche. De l'eczéma apparut ensuite, au niveau de cette même jambe. Au mois de décembre 1906, la santé s'est altérée d'une façon notable : les deux jambes cette fois s'œdématisaient. L'eczéma de la jambe gauche s'accroissant, de son chef le malade essaya malheureusement l'application de petits vésicatoires à la face interne des deux jambes et c'est peu après que débutent les lésions que nous constatons à la face interne des genoux et qui ont retenu notre attention.

Sur la face interne de la jambe gauche, il persiste un large placard d'eczéma sec ; sur la droite, on note un placard cicatriciel et pigmenté consécutif à l'application des vésicatoires.

Sur la face antéro-interne des deux genoux, occupant de chaque côté une surface large environ comme la main, on constate la présence d'un réseau formé par des bandes d'une coloration rouge et brunâtre limitant dans leurs mailles des espaces de peau saine qui paraissent même décolorés, par contraste. Ces bandes, à l'entrecroisement des mailles du réseau, présentent la coloration rouge-cinabre sur laquelle a insisté Auspitz ; cette coloration se voit dans la partie médiane des bandes pigmentées dont les bords présentent une coloration brunâtre. En exerçant une certaine pression, de manière à chasser le sang du vaisseau, on fait disparaître la coloration cinabre, tandis que la coloration brunâtre du pigment persiste ; il est donc manifeste que la coloration cinabre existe sur le trajet même du vaisseau. Au niveau des points d'entrecroisement, l'épiderme présente souvent un léger plissement et le derme semble aminci et transparent, surtout au centre de la lésion. Les bandes ont environ un diamètre maximum d'un centimètre. Elles donnent l'impression d'être causées à la fois par un état cyanotique de la peau et par de la pigmentation. Elles ne font aucune saillie sur les téguments voisins. Dans les intervalles, les espaces de peau saine sont larges en général de un centimètre environ : ils sont plus ou moins régulièrement limités par les bandes et les taches pigmentées. Lorsqu'on appuie sur les parties colorées de ce réseau on provoque une décoloration presque complète en chassant le sang des téguments ; il persiste néanmoins une coloration brun jaunâtre au niveau des bandes intéressées. En cessant la compression, l'état primitif revient assez rapidement. La pression ne provoque aucune douleur, les anneaux sont plus nets dans la partie centrale de la région considérée ; à la périphérie ils pâlisent et le réseau va en s'atténuant sur la cuisse, pour se confondre insensiblement avec la peau saine : on en voit encore des vestiges à la face interne des deux jambes, assez bas, où elles se mélangent avec les lésions eczémateuses et les cicatrices dont nous avons parlé.

Il n'existe aucun trouble de la sensibilité locale.

En un ou deux points du réseau on note de véritables petites surfaces cicatricielles, mais elles sont consécutives à un état inflammatoire qui aurait précédé les lésions actuelles et dont le malade rapporte confusément l'histoire : il y aurait eu des vésicules rougeâtres qu'il perça avec une aiguille et d'où il sortait un peu de sérosité. En somme, la peau des deux régions atteintes était saine au moment où sont apparus les réseaux de la lèpre; celle-ci s'est accentuée pendant les mois de janvier et de février, puis, après un état stationnaire, elle tend maintenant manifestement à décroître, principalement sans doute grâce au repos.

Ces lésions locales, développées sur des membres dont la nutrition est profondément troublée, comme nous l'avons vu, ne sont pas non plus indépendantes de l'état de la santé générale. — Notre malade, depuis son entrée à l'hôpital, remplit chaque jour un bocal d'urine de 5 litres; ces derniers temps, on a pu réduire à 3 litres l'émission d'urine en faisant boire de la tisane de valériane. Ces urines contiennent un peu d'albumine, du sucre en petite quantité; cette glycosurie légère est, du reste, intermittente et n'existe plus maintenant. L'analyse faite par M. Dugros, interne en pharmacie, a donné les résultats suivants pour 4^{litres},500 d'urine émise dans les 24 heures : densité à + 15°, 1001,9; urée par litre, 1^{er},744; azote de l'urée, par litre, 0,811; azote total, 0,985; rapport azoturique, 82,3 p. 100; acide urique, 0,147 par litre et 0,66 par 24 heures; chlorures NaCl, 13,05; phosphates en acide phosphorique anhydre, 0,126 par litre, 0,567 par 24 heures; phosphates (en phosphate de soude), 0,252 par litre et 1,134 par 24 heures; acidité normale; indican, 0; urobiline, 0; albumine, traces. On note de la polydipsie et un certain degré de polyphagie. Le foie est volumineux, il remonte jusqu'à deux travers de doigt au-dessus du mamelon et déborde les fausses côtes. Le malade perd un peu ses urines depuis quelques mois, il est capable cependant de se retenir lorsqu'il est dans la position assise; il n'y a pas d'incontinence des matières fécales et les réflexes rotuliens sont normaux. On note cependant un certain degré de paresse du réflexe pupillaire à la lumière et du tremblement des mains.

La cornée présente un arc sénile marqué. Le cœur a des bruits sourds, et les poumons sont légèrement emphysémateux. La prostate est un peu volumineuse, mais pas au point de gêner la miction.

A la date du 20 juin, les réseaux vasculaires ont disparu sur les cuisses et les jambes, mais se voient encore à la face interne des genoux.

Ces lésions cutanées sont tout à fait comparables à un cas rapporté par l'un de nous avec Griffon à la Société de Dermatologie et dont les moulages figurent au musée de l'hôpital Saint-Louis, sous les nos 1913 et 1914 (1). Nous résumons cette observation.

OBSERVATION. — Chez un homme âgé de 36 ans, présentant des varices

(1) BALZER et GRIFFON. Inflammation avec pigmentation des réseaux vasculaires superficiels du derme (Érythème pigmenté réticulaire). *Ann. de Derm. et de Syph.*, 1897, p. 51. — Note additionnelle sur un érythème pigmenté réticulaire. *Ann. de Derm.*, 1898, p. 176.

aux membres inférieurs, l'éruption a débuté d'abord au genou droit par une ligne brunâtre, d'où sont parties des ramifications constituant un réseau vasculaire très marqué à la face interne du genou. Même éruption au genou gauche quelques semaines après. Cette double éruption des genoux est formée par un réseau assez serré, brunâtre, pigmenté, rouge, surtout aux points d'entrecroisement des mailles du réseau, avec petit plissement de l'épiderme à ce niveau. Il y a de la chaleur et un peu de douleur. Le réseau vasculaire enflammé est superficiel, car on voit par transparence le réseau plus profond qui paraît indemne. Pendant son séjour à l'hôpital, le malade eut une fluxion rhumatismale sur le pied droit. Nous pensâmes d'abord à une sorte d'érythème avec pigmentation localisée sur le réseau veineux superficiel, d'où le nom d'*érythème pigmenté réticulaire*. Sans nous rendre compte de la véritable nature de cette éruption, nous la considérâmes comme indépendante de l'état variqueux des jambes. — Quelque temps après sa sortie, nous eûmes des nouvelles du malade, qui était entré à l'hôpital Saint-Antoine dans le service du Dr Letulle. Là on avait reconnu l'existence non douteuse d'une cirrhose alcoolique du foie avec ascite. Il devenait dès lors rationnel de penser à rattacher son éruption des genoux, encore persistante, à la maladie du foie.

Nous avons cherché si la littérature rapportait des cas analogues, et quelle dénomination leur appliquaient les auteurs.

Hebra (*Maladies de la peau*, édition de 1869, t. I, p. 60) donne d'une affection qu'il appelle *Livedo calorica* une description très caractéristique. « On trouve, dit-il, sur la peau de certaines personnes sensibles au froid, des plexus formés par les veines injectées, aussi nets que ceux qu'on peut observer sur la peau d'un cadavre. Dans ces circonstances, le tégument présente des lignes rouge bleu et bleu foncé, et formant des cercles ou des figures sinueuses variées : ces dessins s'observent surtout à la peau des extrémités et à un degré moindre sur le tronc : ils s'effacent complètement sous la pression du doigt et reparaissent ensuite ».

Hebra range cette affection dans les *hyperhémies passives idiopathiques*, à côté de la *Livedo mechanica* que l'on peut produire en pratiquant une constriction à la racine d'un membre. C'est surtout objectivement que ces lésions se rapprochent de celles de notre malade, car il ne s'agit là que d'un état transitoire causé par l'action du froid (*livedo a frigore*).

Dans le cas de Unna (*Atlas international des maladies rares de la peau*, fascicule X, 1893, planche XXXI. Asphyxie réticulaire multiple), les symptômes sont plus importants ainsi que les lésions. Chez une femme de 20 ans qui avait présenté peu de temps auparavant un érysipèle de la face avec abcès consécutifs, chez laquelle on notait encore de l'œdème dur du front ainsi que de l'œdème des jambes et un état ichtyosique des téguments, il se produisit au pli de flexion du bras droit un ensemble de taches bleu violacé formant réseau ; le

diamètre des mailles était de 2 à 4 centimètres, de plus il existait plusieurs ulcérations à ce niveau. On trouvait des réseaux analogues en d'autres régions du tégument, jambes et dos. On trouva, à l'examen histologique, des altérations vasculaires inflammatoires étendues, avec stase sanguine dans le réseau sous-papillaire, sans extravasation de globules rouges mais avec diffusion d'hémoglobine. Les figures réticulaires ont donc été produites, comme le dit Unna dans ses conclusions, non seulement par une stase veineuse, mais encore par un agent pathogène inconnu qui causa l'altération des vaisseaux.

Mracek (*Handbuch der Hautkrankheiten*. Article : Érythèmes vaso-moteurs) s'explique assez nettement sur les cas de *livedo calorica*. « La peau marbrée ou *Livedo annularis* (Marbled Skin) est constituée par un dessin hyperémique violacé en forme de réseau, avec des îlots clairs entre les mailles larges comme une lentille, ou un peu plus : elle se rencontre au niveau des extrémités et quelquefois au tronc. En examinant un certain nombre de malades atteints de cette affection, on peut se convaincre qu'il s'agit là d'une manière d'être constitutionnelle de la peau et que le froid n'est qu'une cause occasionnelle des marbrures. Ces personnes présentant des réseaux de livedo en un point quelconque des téguments peuvent contracter, sous l'influence du froid, la *livedo calorica* des mains, caractérisée par une coloration violette avec légère tuméfaction, montrant sur un fond pâle des taches d'un rouge cinabre. » Pour Mracek, cette livedo provient d'une dilatation des capillaires, sans dilatation des vaisseaux artériels : il en résulte un afflux de sang désoxygéné qui les remplit et donne à la peau la couleur livide. Il envisage ensuite la façon dont les régions atteintes se comportent sous l'influence de la friction et de la pression. Si l'on provoque ainsi l'anémie du territoire intéressé, et cela progressivement, de la périphérie vers le centre, on voit se produire une coloration rouge-brique. Ce phénomène tient à l'état de tonicité des petits vaisseaux qui restent longtemps dans un état de réplétion faible : ils contiennent de fines colonnettes de sang produisant avec la coloration jaunâtre des téguments la teinte rouge-brique constatée.

Signalons encore l'observation de Pringle (Asphyxie réticulaire multiplex : *Dermat. Soc. of London*, 9 juillet 1902), dans laquelle il s'agit d'une éruption de taches pourpres de la grandeur de l'ongle, mélangées de taches d'une pâleur syncopale avec œdème de la peau.

D'autres auteurs désignent sous le nom de *Livedo* de simples cyanoses symptomatiques : Hyde (*Diseases of the Skin*, p. 181, article : Érythèmes symptomatiques). « Le terme de *Livedo* s'applique aux régions circonscrites sièges d'érythème dû à une congestion passive. Quelquefois ce sont le nez, les joues, les doigts les orteils qui sont atteints : la maladie bleue, la cyanose d'origine cardiaque peuvent en être la cause.

Brocq (Traité élémentaire de dermatologie pratique, p. 370, t. II) rapporte les observations de Unna et de Pringle et les range dans les Téliangiectasies, 3^e division : Asphyxies réticulaires ou Livedo.

Comme on le voit, les auteurs ont étudié certainement des cas de natures très diverses (1).

De l'ensemble de ces faits, il semble résulter que les dénominations qui conviennent aux lésions telles que celles présentées par notre malade sont celles d'*asphyxie* ou *cyanose réticulaire* ou *Livedo*. Ces réseaux vasculaires paraissent, d'autre part, être produits par des causes multiples, tantôt un état spécial des vaisseaux hyperhémisés sous l'influence du froid (description de Hebra, de Mracek), tantôt un état inflammatoire léger (cas de Balzer et Griffon) ou une inflammation véritable capable d'aboutir à des lésions nécrotiques comme dans le cas de Unna, tantôt enfin, comme cela semble être le cas pour notre malade, un état d'altérations vasculaires inflammatoires ayant pris naissance peut-être au niveau de membres en mauvais état trophique.

La livedo dépend en grande partie d'un trouble circulatoire, de l'hyperémie passive, mais ce trouble circulatoire qui intervient sans doute dans tous les cas, d'une manière générale n'est qu'un phénomène banal qui n'explique pas suffisamment les localisations spéciales de la livedo, la symétrie qu'elle peut affecter, ni même les caractères cliniques de l'affection. La gêne circulatoire existe chez une foule de malades affectés de maladies du cœur ou du système circulatoire ou respiratoire, d'affections viscérales, de varices, de phlébites anciennes ou récentes, sans qu'on assiste au phénomène spécial appelé livedo. Dans la *phlegmatia cerulea dolens* des auteurs anglais, il existe seulement une teinte cyanique. À l'hôpital Saint-Louis, qui est encombré de malades affectés de diverses manières de troubles de la circulation périphérique, nous n'avons observé que très peu de cas comparables aux deux observations personnelles signalées dans ce travail. Il faut donc certainement tenir grand compte des troubles circulatoires, mais il faut aussi qu'une autre cause intervienne et provoque la congestion avec un certain degré d'inflammation du réseau veineux de l'hypoderme qui est le siège de la livedo. Il peut exister certainement, dans les cas assez intenses, un certain degré de phlébite ou plus exactement de périphlébite associée à la congestion veineuse. La preuve en est donnée par les caractères cliniques : 1^o rougeur spéciale sur le trajet des *veinules* et accentuée surtout à leurs points d'anastomoses, où se constituent même parfois des éléments rouge cinabre d'apparence érythémateuse ; 2^o exsudation abondante de matière colorante du sang qui donne lieu à la pigmentation de la peau ; 3^o parfois même, douleurs

(1) Voir aussi, pour l'étude des hyperémies passives, le travail d'Auspitz : *Pathologie et Thérapeutique générales des maladies de la peau*. Trad. Doyon, 1887.

égères à la pression sur le trajet des veines. La durée de ces principaux signes indique une inflammation des veines. Son existence a été mise hors de doute par certains faits publiés, assez complexes, il est vrai, tels que celui de Unna. La facilité avec laquelle la pression modifie jusqu'à un certain point la coloration des parties affectées et l'absence de coagulation nous font admettre un état hyperémique permanent avec périphlébite siégeant sur un département plus ou moins étendu des réseaux vasculaires sous-dermiques.

Quant à la cause déterminante de cette inflammation locale des veines au siège de la livedo, il est probable qu'elle puisse dépendre de causes différentes suivant les cas. A propos de ces lésions, on a fait ressortir la haute importance des *auto-intoxications* (1) provoquant des troubles de l'innervation vaso-motrice localisés qui peuvent affecter, comme dans nos cas, une localisation symétrique. Cela est comparable aux éruptions angioneurotiques produites par l'ingestion de certains médicaments, par exemple, les balsamiques; certaines infections générales agiraient peut-être aussi d'une manière analogue.

Une cause générale nous semble être intervenue seule dans le cas publié en collaboration avec M. Griffon. La *cirrhose du foie* d'origine alcoolique, observée dans ce cas, a dû jouer un rôle important, bien que nous ne puissions pas le définir. Dans notre cas actuel, les viscères sont également atteints: le *foie est gros*, le malade a eu un peu de glycosurie et surtout une *polyurie* très forte; mais le cas est plus complexe que le premier, à cause de l'œdème des jambes, de l'eczéma, et même de la dermite par applications de petits vésicatoires faites sur les jambes, états qui ont pu augmenter l'intensité de la livedo. En somme, dans les deux cas, les affections viscérales avec les troubles de la *stase sanguine* qui en dépendent doivent être remarqués spécialement dans l'étiologie de la livedo, et celle-ci pourrait bien dépendre de *troubles de l'innervation vaso-motrice*, allant jusqu'à l'inflammation, provoqués par ces affections. La gêne circulatoire par hyperémie active ou passive ne produit pas à elle seule de semblables phénomènes. Ils ont une évolution déterminée et peuvent se reproduire en dehors de toute stase sanguine permanente des régions voisines, ainsi que cela s'est produit dans notre premier cas. Leur apparence d'érythèmes avec congestion passive, leur localisation autour des vaisseaux en réseaux pigmentés dans une région assez nettement circonscrite, leur donnent une allure assez caractéristique qui les rapproche des autres formes de livedo annulaire.

En résumé, le nom de livedo est un terme de séméiologie. Il s'applique

(1) UNNA. *Histopathologie des Mal. de la peau*. — LENGLET. Art. Trophonévroses *Prat. dermat.*, t. IV. — UNNA signale une variété de livedo qu'il rattache aux érythanthèmes et aux angionévroses, et remarquable par l'apparence papuleuse en certains points du réseau, et même par la formation de petites bulles.

à des accidents qui doivent être divisés en plusieurs classes, car ils diffèrent dans leur marche, dans leurs causes et même dans leurs lésions, mais ils forment pourtant un groupe relié par les signes extérieurs et par certaines données pathogéniques. Ils s'observent chez les individus à nutrition défectueuse atteints de troubles fonctionnels ou d'affections des viscères, avec gêne marquée de la circulation périphérique, et avec des accidents généraux dépendant soit de l'infection, soit de l'intoxication. Consécutivement arrivent des troubles de l'innervation vaso-motrice, qui se localisent avec une intensité et une durée variables sur des territoires vasculaires cutanés pour y produire un certain degré d'inflammation du réseau veineux et une forme de livedo différente des variétés purement hyperémiques qui sont habituellement observées.

Une place à part dans le groupe doit être réservée au genre de *livedo érythémato-inflammatoire* dont nous rapportons deux observations, et qui diffère des autres genres par sa permanence et son intensité.

Sur un cas de phlébites récidivantes des veines des membres inférieurs et des veines sous-cutanées abdominales.

Par MM. BALZER et GALUP.

Il s'agit d'une malade, Marie J..., âgée de 61 ans, blanchisseuse, entrée à l'hôpital Saint-Louis, salle Alibert, le 23 avril 1907, pour de la phlébite des veines de la paroi abdominale antérieure, et actuellement encore en traitement dans cette salle. Cette femme a eu 6 enfants et, après chacun de ses accouchements, qu'elle dit avoir été tous normaux, a commencé à se lever dès le premier jour. Pas d'antécédents pathologiques, hors la longue succession de crises phlébitiques qui ont précédé la crise actuelle.

La première crise s'est produite à l'âge de 36 ans, à la suite du 6^e accouchement, au 8^e jour des relevailles, et a porté d'emblée sur les veines des deux membres inférieurs et sur les veines sous-cutanées abdominales, principalement autour de l'ombilic. La malade reste alitée 50 jours et garde comme reliquat de nombreuses varices. Des ulcères variqueux ne tardent pas à se produire au niveau des deux jambes. Pendant plusieurs années, ils se cicatrisent et se reproduisent alternativement. Finalement ils arrivent à faire le tour complet des jambes et la malade, à l'âge de 52 ans, entre pour la première fois à Saint-Louis, salle Henri IV. A ce moment, quelques jours après son hospitalisation, elle a une nouvelle crise de phlébite, mais qui, cette fois, porte uniquement sur les veines sous-cutanées abdominales. Guérison en 4 semaines des ulcères et de la phlébite. Mais récidive des ulcères à plusieurs reprises, entraînant divers séjours à l'hôpital.

Pendant un de ces séjours, il y a 4 ans, troisième crise de phlébite des veines sous-cutanées abdominales et nouvelle guérison en 4 semaines. La malade quitte l'hôpital. Mais bientôt ses ulcères se reproduisent une fois

de plus. Elle s'alite chez elle. Au bout de quelque temps, la phlébite reparait, avec douleurs plus lancinantes, spontanément et à la pression. C'est cette quatrième crise qui amène actuellement la malade salle Alibert, le 23 avril 1907. A cette date, les symptômes sont des plus nets. On voit, saillant sous les téguments, des deux côtés, mais surtout du côté droit, un cordon sinueux et dur, de la grosseur d'un crayon volumineux ; il s'élève du milieu de l'arcade crurale et peut être suivi jusqu'à la hauteur de l'ombilic. De ce cordon se détachent d'autres veines dilatées qui s'entrecroisent pour former un véritable réseau. Les téguments sur le trajet du cordon sont rouges et enflammés. Douleur spontanée et à la pression localisée à ce trajet, avec prédominance au niveau de la fosse iliaque. Quatre ou cinq jours après son hospitalisation, la malade accuse des douleurs lancinantes le long de la face interne de la cuisse droite ; le processus phlébitique se propage à cette région, avec cordon dur et noueux nettement visible suivant le trajet de la saphène, au niveau de la crosse de laquelle il se continue avec le cordon de la sous-cutanée abdominale.

Sous l'influence du repos et de pansements à l'ichtyol, les accidents rétrocedent peu à peu, mais une nouvelle phlébite se produit au niveau de la cuisse gauche. Malgré sa guérison incomplète, la malade veut quitter l'hôpital le 27 mai. Elle y rentre le 6 juin, avec une aggravation nouvelle des ulcères, mais sans poussée phlébitique nouvelle. On continue à percevoir les cordons veineux indurés sous la peau de l'abdomen.

Cette observation nous paraît intéressante à divers points de vue, d'abord par la localisation qu'y affecte le processus phlébitique suivant le trajet des veines sous-cutanées abdominales, localisation très exceptionnelle. Rien au surplus ne nous permet de soupçonner, dans les antécédents de la malade, une lésion viscérale quelconque ayant produit, antérieurement à l'apparition de la phlébite, une circulation collatérale qui aurait dilaté et lésé ces veines et les aurait rendues plus aptes à subir l'infection.

Intéressante aussi, au point de vue pathogénique, nous apparaît, cette longue succession de phlébites au cours d'une période de 25 années. Il semble, en effet, incontestable que, tandis que la première crise est nettement d'origine puerpérale, les suivantes soient des crises de phlébite variqueuse, l'agent infectieux ayant trouvé dans les ulcères des jambes une porte d'entrée toute naturelle. Peut-être pourtant y aurait-il à se demander si, à défaut de toute réinfection, la crise primitive ne pourrait suffire à expliquer les crises ultérieures, par un réveil de microbisme latent, tel qu'on l'admet, par exemple, dans les cas de récidives lointaines d'ostéomyélite. En effet, s'il est facile d'expliquer les phlébites des membres inférieurs par des infections parties des ulcérations des jambes, il est moins facile d'expliquer de cette manière les crises phlébitiques qui atteignent chez notre malade les veines sous-cutanées, et cela quelquefois en l'absence de toute autre phlébite des membres inférieurs.

Affection indéterminée peut-être congénitale des glandes sébacées.

Par M. H. DANLOS.

Cette lésion a été constatée sur un jeune homme de 20 ans, entré à l'hôpital pour une roséole syphilitique survenue dans les délais et conditions ordinaires. Ce malade portait sur le tronc, principalement dans son tiers inférieur, en arrière et sur les flancs, de petites taches blanches, d'aspect presque cicatriciel, brillantes à jour frisant, arrondies, centrées toutes par un petit orifice dépourvu de poil. Leur diamètre moyen mesurait deux millimètres environ. Ces taches étaient isolées et plus généralement groupées sans configuration régulière, presque confluentes en certains points. Quelques-unes étaient au niveau de la peau ou même un peu déprimées; la plupart faisaient une saillie très légère que Baretta jugea trop minime pour apparaître au moulage, saillie qui s'effaçait un peu par la tension de la peau et s'exagérait au contraire dans certaines attitudes, comme font les lésions improprement appelées vergetures syphilitiques. Ces taches siégeaient manifestement au niveau des glandes sébacées. Le malade ne savait rien de leur origine ou de leur évolution; il en ignorait même l'existence. On aurait pu les rattacher soit au lichen plan atrophique, soit à la kératose pilaire. Mais le siège n'était nullement celui du lichen atrophique, et l'on ne constatait nulle part d'élément de lichen en évolution. Le sujet portait, il est vrai, un peu de kératose pilaire sur les bras et les cuisses, mais elle y était peu accusée; et sur le tronc, au voisinage des taches cicatricielles (?), il n'y en avait pas trace. Il nous a semblé pour ce motif que l'idée d'une kératose pilaire n'était pas acceptable. Dans l'impossibilité de rattacher cette lésion à un type morbide connu, nous avons pensé à une difformité, ou à une affection congénitale éteinte des glandes sébacées.

Le malade ne pouvait fournir aucun renseignement utile sur ses antécédents morbides. Il avait la peau grasse, et pourtant d'une finesse remarquable dans la région des épaules. Ses cornées portaient quelques leucomes, vestiges de kératites infantiles. Pas de cicatrices d'écrouelles, pas de stigmates caractérisés de syphilis héréditaire. A titre de renseignement, nous avons fait reproduire par la photographie cette lésion dont le moulage avait été jugé impossible par Baretta (voir figure 1) et nous avons prié M. Gastou de préciser par une biopsie la nature de l'altération. Voici à ce sujet la note qu'il a bien voulu nous remettre.

M. Gastou, ayant fait une biopsie au niveau d'un élément d'apparence cicatricielle, centré par un point légèrement déprimé, a constaté sur les coupes que la dépression centrale correspondait à l'ouverture d'un follicule pileux.

L'ensemble des coupes ne démontre pas de lésions bien marquées, ni très apparentes en dehors d'une modification particulière du tissu

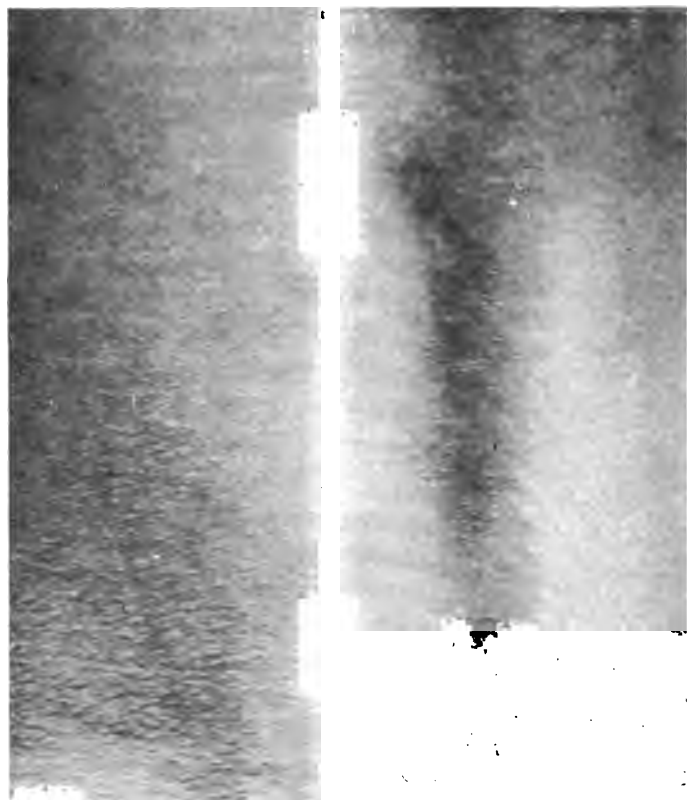


FIG. 1.

conjonctif sous-épidermique et d'un épaissement d'ensemble des faisceaux élastiques sous-papillaires.

L'épiderme est aminci et présente peu de digitations. Immédiatement au-dessous de la membrane basale, existe une couche de fibres

conjonctives, dirigées parallèlement à l'épiderme et en suivant les sinuosités.

Cette couche est formée de plusieurs assises superposées ainsi que le démontre la figure 2. On voit nettement les noyaux fusiformes, aplatis, très allongés, au-dessous de cette couche le tissu conjonctif et élastique est dense, épais, prenant mal les colorations.

Il y a très peu de vaisseaux. Ceux-ci sont entourés d'une infiltra-

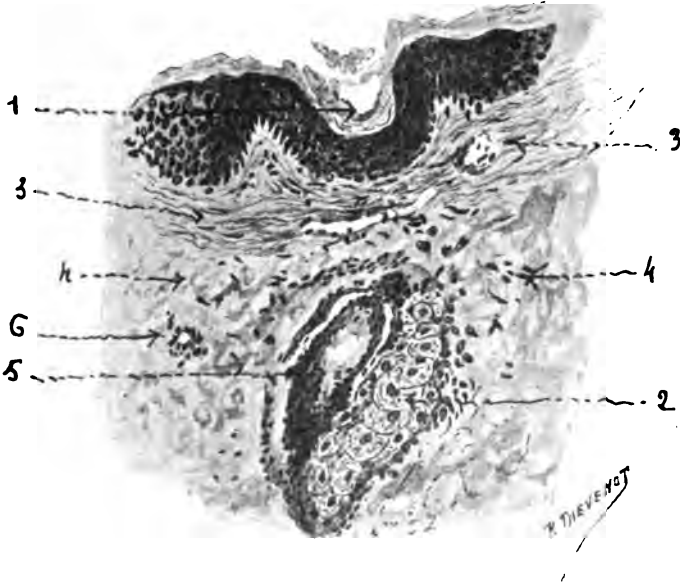


FIG. 2. — 1. Dépression folliculaire correspondant à la dépression existante d'apparence cicatricielle. — 2. Glande sébacée, aplatie avec dégénérescence des cellules. — 3. Couche fibro-élastique anormale sous l'épiderme. — 4. Tissu sous-papillaire; éléments fibro-conjonctifs et élastiques épaissis, prenant mal les colorations histologiques (en dégénérescence). — 5. Follicule pilo-sébacé. — 6. Vaisseau avec infiltration périphérique légère.

tion cellulaire en rapport avec les lésions syphilitiques secondaires, d'ailleurs très peu marquées.

L'ostium folliculaire qui centre les coupes est légèrement hyperkératosique. C'est la seule lésion épidermique que l'on puisse constater.

La glande sébacée qui accompagne le follicule pileux central est aplatie, les cellules qui la composent sont globuleuses, comme tuméfiées et contiennent dans leur cavité des petits amas sphériques d'apparence colloïde ou hyaline.

On ne constate pas d'autres altérations.

La modification essentielle de la peau constatée sur les coupes porte donc entièrement sur la couche conjonctive sous-épidermique.

La structure de cette couche rappelle les altérations conjonctives que l'on rencontre souvent dans les nævi, ce qui ferait penser qu'il s'agit chez ce malade d'une sorte de dystrophie conjonctive péripilaire d'origine congénitale probable.

**Lymphomes symétriques des paupières, de la joue
et de l'oreille gauche sans leucémie.**

Par MM. DANLOS et BLANC.

Histologie par M. GASTOU.

Le nommé Musm..., âgé de 70 ans, entre le 14 mai 1907, salle Bichat, lit n° 16.

A. H. — Parents morts à un âge avancé.

Frères et sœurs vivants et bien portants.

A. P. — Pleurésie purulente en 1882, pleurotomie.

Il y a 2 ans, à la suite d'émotions et de chagrin, le malade voit apparaître sur les joues des « boutons » irrégulièrement disposés, élevés, légèrement rouges et un peu prurigineux, siégeant sur une surface plus dure que le reste.

Pendant 14 mois ce sont les seuls symptômes observés, l'éruption survient par intervalles et étant nettement influencée par l'absorption de vin ou de café. L'état général était absolument intact.

Il y a 10 mois les paupières inférieures d'abord, puis les supérieures augmentent de volume, sans démangeaison.

Le lobe de l'oreille gauche se prend à son tour, et les lésions des joues continuent aussi lentement leur évolution.

Le malade entre à l'hôpital le 14 mai 1907, sans aucun trouble de l'état général, se plaignant seulement des déformations de la face.

Sur la figure, on constate des lésions occupant symétriquement les paupières des deux côtés et asymétriquement la joue gauche.

Sur les paupières la maladie se caractérise par une tuméfaction considérable de la dimension d'une demi-noix, la peau y a conservé son aspect normal, sauf peut-être un peu de rougeur et un aspect mamelonné; cet aspect, très net à la paupière supérieure, l'est beaucoup moins aux paupières inférieures uniformément distendues comme de petites vessies œdémateuses.

Le palper de la paupière supérieure montre que l'aspect mamelonné répond à la lobulation d'une tumeur sous-jacente qui dans une partie de son étendue est indépendante de la peau, à la face profonde de laquelle elle adhère par places.

A la paupière supérieure droite les adhérences sont minimales et la peau peu intéressée.

A la paupière supérieure gauche l'adhérence est très étendue et la peau semble envahie dans toute son épaisseur.

Aux deux paupières inférieures, même sensation lobulée au palper, adhérences nulles à la face profonde de la peau, mais celle-ci présente çà et là

de petits épaissements gros comme des grains de chènevis qui montrent sa participation à la maladie.

Sur la joue gauche trois placards, deux gros comme une pièce de 2 francs, l'autre comme une pièce de 50 centimes, formant une saillie de plusieurs millimètres, lobulée à la vue et au toucher, développée manifestement dans l'épaisseur de la peau légèrement rouge et parcourue à ce niveau par des



FIG. 1.

varicosités nombreuses surmontées de nombreux comédons et de points de milium.

Dans la profondeur de la joue droite, également couverte de comédons et de quelques arborisations vasculaires, on sent une infiltration profonde, vestige probable de lésions analogues à celles de la joue gauche et qui, au dire du malade, auraient disparu.

Rien sur l'oreille droite.

Aux deux pôles de l'oreille gauche, sur le lobule et la partie la plus élevée de l'hélix, existe une saillie violacée, infiltrée, comme semi-transparente, sans lobulation précise mais parcourue comme les précédentes par de nom-

breux capillaires veineux et surmontée comme elle de milium et de comédons. Ces deux saillies occupent la peau dans toute son épaisseur, celle du haut n'a aucune adhérence avec l'hélix.

Pas d'induration ganglionnaire.

Rien d'appréciable du côté de la muqueuse buccale, sauf des glandes de Fordyce très développées.

Sur le reste de la peau qui est séborrhéique, de nombreuses ébauches de verrues séniles.

Au niveau du grand trochanter gauche il existe un petit placard cutané



FIG. 2.

(dimension d'une pièce d'un franc) caractérisé par une saillie lenticulaire centrale entourée de petites saillies satellites paraissant avoir quelque affinité avec l'affection du visage et siégeant manifestement dans les glandes pilo-sébacées.

Rien au cœur ni aux poumons.

Foie normal.

Albumine et sucre = 0.

En présence de cette lésion, nous avons supposé tout d'abord, en raison des comédons et du milium, qu'il s'agissait d'adénomes d'origine sébacée, et pour éclaircir nos doutes nous avons eu recours à une biopsie. Celle-ci a montré que les tumeurs étaient constituées non par des adénomes, mais par des lymphomes purs développés dans le réseau lymphatique, autour de tous les éléments nobles des tissus noyés en quelque sorte dans l'infiltration néoplasique sans être

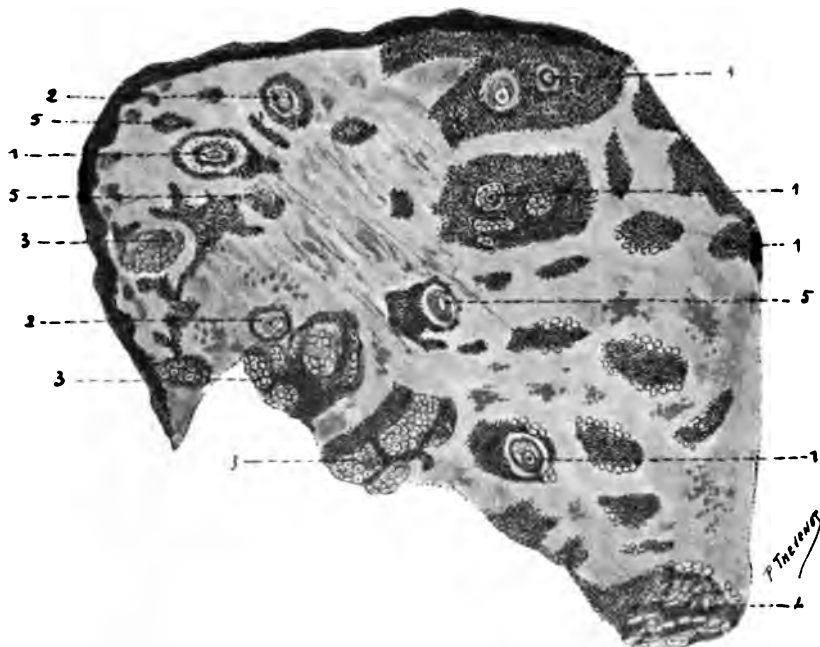


FIG. 3. — Vue d'ensemble de la coupe d'un nodule superficiel. Toutes les parties foncées correspondent à des nodules de lymphomes soit isolés, soit situés autour des folliculites pileux, glandes sébacées, glandes sudoripares et vaisseaux. — 1. Follicules pileux et poils. — 2. Follicules pileux dilatés avec débris épithéliaux et hyperkératose. — 3. Glandes sébacées entourées de lymphomes. — 4. Glandes sudoripares. — 5. Vaisseaux.

atteints par elle. Cette constatation faisant songer à une forme cutanée de leucémie, nous avons recherché avec soin, s'il existait quelque signe de cette maladie et nous n'en avons trouvé aucun. Le foie, la rate, les amygdales et les ganglions sont absolument normaux. De même pour le sang. La numération des globules, plusieurs fois répétée, a donné comme moyenne : globules rouges, 4 500 000 ; globules blancs, 6 000. Le rapport globulaire des leucocytes a donné : polynucléaires, 70 p. 100 ; lymphocytes, 28 p. 100 ; éosinophiles, 2 p. 100.

Nous sommes donc obligés de conclure à des lymphomes sans leucémie. Peut-être cette conclusion n'est-elle que provisoire, et la leu-

cémie qui fait actuellement défaut se produira-t-elle plus tard. Cependant les cas connus de tumeurs leucémiques de la peau n'ont plus présenté cette évolution et nous devons faire observer que la maladie est déjà ancienne puisque son début remonte à 14 mois.

Ci-joint la note de M. Gastou, qui a bien voulu faire l'examen histologique de deux fragments prélevés par excision chirurgicale.

« Dans les coupes de ces nodules, de nombreuses glandes sébacées, des poils avec leur gaine folliculaire normale, des follicules vides de poils et très distendus. Mais ce qui frappe aussitôt à l'examen, c'est l'existence soit autour, soit en dehors de ces éléments, de masses cel-

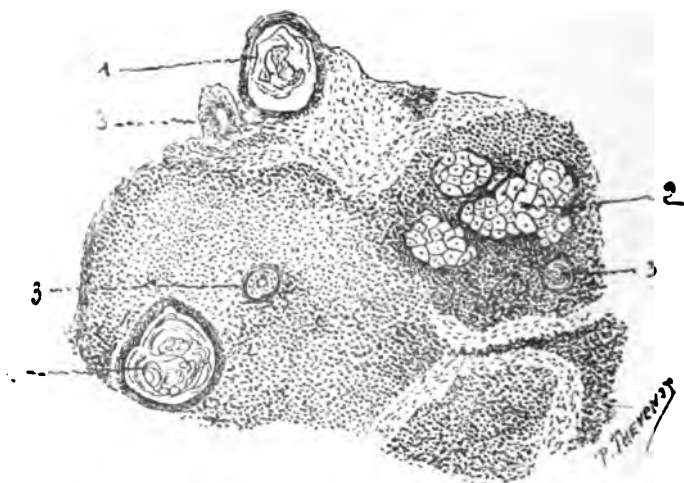


FIG. 4. — Détail d'un nodule de lymphome engainant les follicules, les glandes.
1. Follicules dilatés avec débris. — 2. Glande sébacée. — 3. Poil.

lulaires formant tantôt des gaines autour des glandes, des follicules, des vaisseaux, tantôt des nodules arrondis, ovales complètement isolés.

Les glandes sébacées et sudoripares sont normales. On ne trouve pas d'altérations vasculaires marquées, seuls les follicules pileux sont distendus par places, forment comme des cavités cylindriques remplies de lamelles kératinisées.

Autour de ces organes, leur formant des manchons, ou en dehors d'eux sont les nodules.

Ceux-ci ont tous la même constitution. Ils sont nettement limités, ils sont formés de cellules du type lymphoïde très tassées, se touchant sans interposition nette de travées conjonctives ou de tissu réticulé.

Les vaisseaux au milieu de ces amas ont leurs parois très nettes. Quelques-uns de ces vaisseaux sont dilatés et ont autour d'eux une mince enveloppe formée de cellules lymphoïdes.

En recherchant quelle peut être l'origine de ces amas de cellules lymphoïdes, on est frappé de ce fait qu'ils forment des gaines à tous les éléments contenus dans la peau : glandes, poils, vaisseaux.

Si, d'autre part, on étudie le caractère des amas isolés, on note qu'ils correspondent nettement aux lymphatiques cutanés.

Il s'agit donc bien d'une lésion des gaines lymphatiques périglandulaires et vasculaires et des lacunes et vaisseaux lymphatiques de la peau.

De quelle nature est cette lésion? La structure même des amas fait voir qu'il ne s'agit ni de tuberculose, ni de syphilis, ni de cancer.

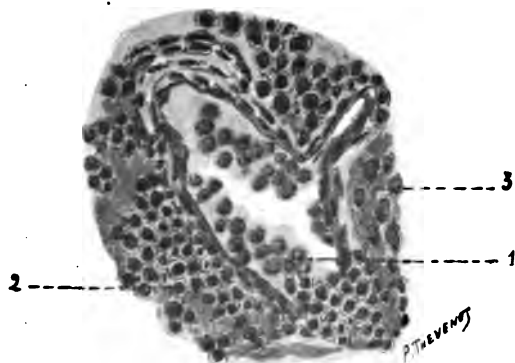


FIG. 5. — Détail d'un fort grossissement (ocul. 3. — Immers. 1/12. — Leitz), d'un vaisseau entouré de tissu lymphomateux. (Détail d'un vaisseau de la fig. 1.)

1. Contenu du vaisseau : on voit les noyaux des cellules de l'endothélium, dont quelques-uns ont proliféré. — 2. Cellules lymphoïdes caractérisant les lymphomes contenus ici dans la gaine lymphatique périvasculaire. — 3. Cellules conjonctives.

L'existence des cellules purement lymphoïdes limite le diagnostic entre sarcome, mycosis ou lymphomes.

Contre le sarcome il y a l'aspect et le groupement même des cellules, l'intégrité des vaisseaux.

Contre le mycosis, l'absence d'autres lésions cellulaires et de réticulum.

Pour le lymphome, plaident, d'une part la structure, d'autre part la localisation dans les gaines et dans les vaisseaux lymphatiques.

Quelle est l'origine de ce lymphome? Vraisemblablement, il vient de la profondeur, car les lésions sont prédominantes dans les lymphatiques profonds et d'autant plus marquées que profondes.

Il s'agirait d'un cas de lymphomes, de néoplasies lymphatiques généralisées analogues aux cas de fibromes, de sarcomes, de tumeurs sous-cutanées généralisées. »

Note sur quelques cas de pellagre observés à Alger.

Par M. J. BRAULT.

Tous les ans, au printemps, nous voyons venir dans notre service 2 ou 3 cas d'une affection très semblable à la maladie que l'on décrit sous le nom de pellagre.

Pour ne rappeler que ce qui s'est passé au cours de ces deux dernières années, nous avons eu l'an dernier un cas chez un indigène et un autre cas chez une mendiante d'âge déjà mûr; les deux sujets ont guéri, tout au moins momentanément.

Cette année, nous avons été moins favorisé; jusqu'à présent nous comptons 3 cas, qui tous les 3 se sont terminés par la mort: il s'agissait d'un indigène et de deux femmes espagnoles.

Voici ces 3 dernières observations, aussi résumées que possible. Je ne donne d'ailleurs ici que le résumé de l'étude clinique, je me réserve de revenir sur l'anatomie pathologique, lorsque j'aurai examiné les pièces prélevées aux autopsies des malades des observations II et III.

OBSERVATION I. — S... Ursula, âgée de 44 ans, née en Espagne, habite l'Algérie depuis 2 ans (Hussein-Dey); elle entre dans le service, salle Leloir, n° 18, le 17 mars 1907. Cette personne n'a jamais fait de maladie grave et n'a rien présenté d'analogue à ce qu'elle nous montre actuellement; elle est mère de 7 enfants, dont 5 vivants. En Espagne, *autrefois, elle mangeait 6 mois de l'année de la farine de maïs; depuis 2 ans qu'elle est ici, elle n'en mange plus*; la nourriture de la famille se compose surtout de pommes de terre, choux, poissons, et rarement de viande, très peu de pois chiches, ou d'arachides, elle mange du pain de froment.

A partir de décembre 1906, la malade perdit l'appétit et se montra déprimée. A la fin de février 1907, les accidents éclatèrent, la bouche devint sèche, empâtée, en même temps l'érythème se *présenta à la vulve*. Le 5 mars, après exposition un peu prolongée au soleil, survinrent de la diarrhée, des vomissements; en même temps l'érythème, surtout la nuit, apparaissait sur les mains, d'abord indolent, puis cuisant, prurigineux et phlycténulaire.

Au moment de l'entrée, l'érythème, exulcéré par places, est d'un rouge foncé, d'une teinte tout à fait spéciale, il s'arrête aux premières phalanges; cependant à la main gauche, sur le pouce et l'index, toute la peau dorsale est prise jusqu'à l'extrémité des doigts. (voir la photographie fig. 1) et il est impossible d'avoir par ailleurs des renseignements très précis sur son alimentation. Elle entre très abattue; la température oscille entre 38°,5 et 39°; il y a des frissons, du vertige, du délire surtout nocturne; tremulation très accentuée des mains et de la langue. L'examen des viscères ne révèle rien; traces d'albumine. En outre des lésions cutanées, sur lesquelles je ne veux pas revenir (voir photographie ci-jointe), il y a des lésions très étendues sur les lèvres, la langue, la voûte palatine et le pharynx qu'on ne peut examiner que très difficilement, en raison d'un certain degré de trismus qui va en s'accroissant; toutes ces parties sont recouvertes d'exulcérations et d'un enduit crémeux, la déglutition est très douloureuse et presque impossible; il y a de la diarrhée profuse et des vomissements.

Au poignet, il y a un bracelet complet; en outre, sur le dos de l'avant-bras les lésions remontent jusqu'à 4 travers de doigt au-dessus de l'apophyse styloïde du radius; l'odeur qui s'échappe des parties ulcérées est fade et nauséuse. En même temps, la malade présente aux angles internes des deux yeux de l'érythème également exulcéré; à gauche, la paupière supérieure est d'un rouge foncé dans toute son étendue et il y a un peu de conjonctivite.



FIG. 4.

Les lèvres sont exulcérées et fissuriques, la langue est rouge vif, dépouillée, il y a également des exulcérations au palais; la malade souffre, ouvre difficilement la bouche et avale avec peine, même les liquides.

Les grandes lèvres légèrement oedématisées sont le siège d'érythème également exulcéré; l'examen des viscères ne révèle rien, le foie est plutôt petit.

L'état général est très précaire, la malade, asthénique, se laisse aller et se tient difficilement debout; la température oscille aux alentours de 38°.

Délire nocturne, vomissements bilieux, diarrhée profuse, soif ardente, urines rares, ni albumine, ni sucre; malgré le sérum caféiné, l'anurie arrive et la malade meurt dans la nuit du 1^{er} au 2 avril; la famille enlève le corps et l'autopsie ne peut être pratiquée.

OBS. II. — M. ben Ali, 43 ans, né à Alger et y demeurant, entre salle Hardy, n° 5, le 20 mars 1907. Cet homme, qui a un passé éthylique avéré, a été souvent malade, mais c'est la première fois qu'il présente des accidents analogues.

Il y a quelques semaines, il a ressenti des douleurs dans les jambes, de



FIG. 2.

la céphalée et a éprouvé du vertige, en même temps qu'un érythème large apparaissait sur le dos de ses mains et de ses poignets. Cet érythème est survenu ensuite à la base du cou, sur le devant de la poitrine, à la ceinture, aux aines et aux aisselles.

L'éruption, qui a le même coloris que chez la malade précédente, est plus pemphigoïde dans tous les points atteints (1), les plaies ont d'ailleurs

(1) Il ne saurait cependant s'agir de pemphigus ; presque en même temps, nous avions dans le service un pemphigus chronique qui a fini par succomber, et nos élèves ont pu faire la différence ; je ne puis insister.

la même odeur que chez la malade de l'observation I. C'est dans cet état que le malade se présente à nous, et dit n'avoir pas mangé de maïs, il vit dans un café maure. Malgré les topiques, malgré le traitement général, la cachexie s'accroît et le malade succombe le 12 avril 1907.

Autopsie. — Je n'ai pu assister à cette autopsie qui a été très incomplète; on a relevé des adhérences de la plèvre des deux côtés, quelques tubercules sur le poumon droit; il y a également des adhérences de l'épiploon, le foie est friable, les reins sont très pâles, se décortiquent difficilement, le gauche est lobulé, les autres viscères paraissent sains; des prélèvements ont été faits sur les divers organes et nous les examinerons.

Obs. III. — La troisième observation a trait à une jeune femme espagnole qui n'avait eu aucune maladie antérieure grave et qui, d'après la famille, n'aurait pas mangé non plus de maïs. Il y a 2 ans, après une fausse couche à 3 mois, elle présente de la stomatite et de l'érythème un peu bulleux sur les mains, convulsions, pâleur de la face, asthénie.

Il y a onze mois, nouvelle grossesse; elle va en Espagne durant 1 mois et demi et y fait une nouvelle fausse couche. Vingt jours après son retour en Algérie (1): diarrhée, stomatite, vulvite et érythème de la face dorsale des mains; la malade entre pour la première fois dans notre service. On constate à la vulve un érythème rouge vernissé, occupant les grandes lèvres; il y a un léger suintement, toujours même odeur et même coloris. La bouche présente une stomatite diffuse avec enduit crémeux (2), la langue est rouge, dépouillée. Nous ne revenons pas sur l'érythème des mains qui est typique; la malade ne présente pas de troubles digestifs très marqués, mais elle a par instant du délire, elle s'évade de l'hôpital.

Chez elle, depuis, l'état général n'a fait qu'empirer: amaigrissement, courbature, troubles digestifs, constipation d'abord, puis diarrhée.

Depuis 2 mois et demi, elle délire très souvent, il y a eu quelques petites crises épileptiformes, l'érythème s'est étendu, la déglutition est pénible, la salivation est abondante, mais elle a encore été aggravée par des pilules de protoiodure, ordonnées par un médecin consulté.

La malade rentre à nouveau salle Leloir, le 21 mai dernier. On constate un amaigrissement très prononcé, prostration, la malade est couchée en chien de fusil, mais elle n'a pas de signe de Kernig, les réflexes et les pupilles ne présentent rien d'anormal; hypothermie, délire continu, carphologie, trismus, diarrhée incoercible, anorexie, dysphagie. L'érythème de la face dorsale des mains, plus accentué sur le dos de ces dernières, descend cependant en s'atténuant jusqu'au bout des doigts. Au poignet la teinte rouge foncée de la rôtissure exulcérée par places, se termine par un liséré plus teinté encore (voir fig. 1); sur le devant des poignets, l'érythème forme bracelet et mesure environ 3 travers de doigt; la paume est intacte.

On remarque des placards de même teinte aux plis des coudes, des deux côtés; érythème moins marqué à la rotule droite, l'érythème de la vulve a presque disparu. Les parties exulcérées exhalent la même odeur fade et repoussante que chez les malades précédents.

(1) Au dire de l'entourage, elle n'aurait pas mangé de maïs, même durant ce voyage en Espagne.

(2) Nous n'avons pas trouvé de muguet.

SANG. — L'analyse a été faite par mon interne M. Jourdan. Globules rouges 4 553 000, hémoglobine 44 à l'hémoglobinimètre de Gowers, 26 divisions, soit 7,5 à l'hématoscope de Hénocque (1). Globules blancs : polynucléaires, 49 p. 100; grands mononucléaires, 6; lymphocytes, 11; moyens mononucléaires 10, mononucléaires avec noyau en fer à cheval 24 (2).

URINES. — Urée, 22 grammes au litre; P² OS 1 gr. 55; rapport azoturique 70 p. 100; chlorures 4 grammes; albumine: traces.

La malade, de plus en plus faible, s'éteint le 26 mai. L'autopsie a été faite un dimanche et je n'ai pu y assister, elle n'a pas non plus été aussi complète que je l'aurais voulu.

Crâne. — La dure-mère paraît trop grande pour son contenu, elle est comme plissée, macroscopiquement les méninges et les centres nerveux paraissent sains.

Thorax. — Adhérences pleurales des deux côtés, les poumons paraissent sains; adhérences du péricarde à la face postérieure du cœur, ce dernier pèse 150 grammes, est petit, ferme, il n'y a pas de lésions orificielles.

Abdomen. — Diaphragme très aminci, foie 1040, gras, rate 160 grammes, consistance normale; rein droit, 100 grammes, kystique, et présentant un petit abcès; on trouve également des petits kystes dans le rein gauche, 105 grammes.

Intestin très dilaté ainsi que l'estomac, les parois de ces organes sont amincies, surtout au voisinage de la valvule iléo-cæcale. Capsules surrénales normales, pancréas également. Utérus très petit, annexes sains. Des pièces ont été prélevées et seront examinées ultérieurement.

Après la lecture de ces observations, on pourra peut-être garder quelques scrupules pour ranger catégoriquement ces cas dans la pellagre, et cela en raison de quelques divergences avec le tableau classique de cette maladie. Il me faut, en effet, signaler : 1° la marche relativement aiguë de l'affection chez nos deux premiers malades, chez qui il ne semble pas y avoir eu d'atteinte antérieure; 2° l'absence du maïs dans l'alimentation des sujets; 3° la topographie de l'érythème, prenant la vulve de nos deux femmes et s'étendant plus que de coutume aux dernières phalanges des doigts; 4° l'aspect un peu pemphigoïde des diverses lésions de notre indigène, lésions d'ailleurs très étendues. Malgré cela, cette affection avec salivation, avec lésions de la muqueuse buccale et des lèvres, diarrhée profuse, délire très marqué, mouvements convulsifs, trismus, avec la rôtissure si caractéristique du dos des mains, ne peut guère être étiquetée sous une autre rubrique que celle de pellagre et je ne vois aucune autre affection qui puisse s'en rapprocher à un tel degré.

(1) Soit environ la moitié moins que dans le sang normal.

(2) En raison de leur nombre très considérable, je cite ces derniers à part.

Le Secrétaire,

M. DRUELLE.

Le Gérant : PIERRE AUGER.

SÉANCE DU 4 JUILLET 1907

Présidence de M. Alfred Fournier.

SOMMAIRE. — Correspondance. — Note de M. BRAULT à propos du procès-verbal de la séance du 6 juin. — Deuxième note sur un cas de mycosis bulleux, variété rare, par MM. HALLOPEAU, GASTOU et RAILLIET. — Trophonévrose à forme de plaques atrophiques et scléreuses cutanées, avec dyschromies et dispositions zoniformes et métamériques, chez une fillette de 6 ans, par MM. GASTOU et L. LEGENDRE. (Discussion : MM. HALLOPEAU, A. FOURNIER, VERCHÈRE.) — Hérédosyphilis tardive chez un sujet ne présentant pas d'altérations du système dentaire, par MM. DANLOS et BLANC. (Discussion : M. A. FOURNIER.) — Perforation palatine syphilitique ; palatoplastie, par M. MORESTIN. (Discussion : MM. BALZER, GAUCHER, A. FOURNIER, DE BEURMANN, LENGLET, MORESTIN.) — Syphilides tuberculeuses zoniformes avec cicatrices atrophiques, par MM. BALZER et GALUP. (Discussion : M. A. FOURNIER.) — Syphilome en cuirasse datant de 19 ans, développé sur un eczéma séborrhéique présternal, par MM. GASTOU et L. LEGENDRE. — Cas de lèpre et de syphilis améliorés par l'anilarsinate de soude, par MM. HALLOPEAU et RAILLIET. (Discussion : MM. BALZER, LENGLET, LAFAY, E. FOURNIER, EUDLITZ, A. FOURNIER, A. RENAULT, GAUCHER, LÉVY-BING, DE BEURMANN, HALLOPEAU.) — Un cas de lupus pernio symétrique des extrémités, par MM. DANLOS et BLANC. — Un cas de lupus érythémateux et eau radifère, par MM. WICKHAM et DEGRAIS. — Lupus érythémateux primitif de la muqueuse de la lèvre inférieure, par MM. BALZER et GALUP. — Chancres mixtes et blennorrhagie de la région ano-rectale, par MM. BALZER et GALUP. (Discussion : M. A. FOURNIER.) — Dégénérescence kystique régionale des glandes sébacées, par MM. BALZER et GALUP. — Tuberculose linguale, par M. MORESTIN. — Rhinophyma traité par l'abrasion modelante, par M. MORESTIN. (Discussion : M. GAUCHER.) — Cancer de la verge, par M. MORESTIN. — Sur la présence de corpuscules très fins et leur action pathogène dans le molluscum contagiosum de l'homme, par MM. GASTOU et LIPSCHUTZ. — Note sur le diagnostic des blastomycoses ; nécessité des cultures pour le diagnostic des mycoses cutanées, par MM. GASTOU et BOGOLEPOFF. — Commission de l'huile grise.

Correspondance.

Lettre de M. le docteur Grimbert informant le Président de la Société que la formule de l'huile grise, telle qu'elle figurera au prochain Codex, est fixée de telle sorte que *un centimètre cube* d'huile correspond à *quarante-deux centigrammes* de mercure.

Note de M. Brault à propos du procès-verbal de la séance du 6 juin 1907.

Dans le compte rendu de la séance du 6 juin dernier, que je

reçois aujourd'hui même, il existe une transposition dans mon exposé (*Note sur quelques cas de pellagre*), page 342, à partir des mots «.... et il est impossible, jusqu'à la fin de l'alinéa, les phénomènes relatés appartiennent à l'observation II, et doivent prendre place page 345, après les mots.... dans un café maure ». En outre, dans l'alinéa à transposer, lire : *il entre très abattu*, au lieu de *elle entre très abattue* ».

Deuxième note sur un cas de mycosis bulleux, variété rare.

Par MM. HALLOPEAU, GASTOU et RAILLIET.

Nous avons présenté ce malade dans la dernière séance comme un cas de diagnostic douteux entre un pemphigus végétant et un mycosis, en nous reportant, pour juger la question, aux résultats de l'examen histologique d'une biopsie. Pratiqué par M. Gastou, cet examen a donné les résultats suivants :

L'examen histologique a porté sur un des éléments du dos d'apparence néoplasique et végétante.

Deux faits frappent immédiatement :

1° Les altérations très marquées de l'épiderme :

2° Les lésions toutes spéciales du derme.

Trois ordres d'altérations existent dans l'épiderme :

Un épaissement considérable de la couche cornée qui est lamelleuse et feuilletée avec clivages étendus ;

La présence de petites et grandes cavités intra-épidermiques remplies de sang ou de fibrine ;

L'atrophie en masse avec décollement partiel et par places seulement de l'épiderme.

L'épaississement de la couche cornée s'accompagne de la disparition de la couche granuleuse. Les cellules cornées sont toutes à noyaux. Elles s'étagent en 6 à 8 couches lamelleuses parallèles, séparées en certains points par des fentes de clivages remplies de globules rouges.

Dans les couches inférieures les noyaux sont ovalaires, dans les couches les plus externes les noyaux sont aplatis et allongés. Il existe donc une parakératose très accentuée.

La plupart des cavités sont entre les lamelles cornées, dans ce cas elles ont de petites dimensions et sont allongées dans le sens des lamelles.

Mais en dehors d'elles il existe par places des cavités formées par le soulèvement en masse de toute la couche cornée et même de l'épiderme entier.

Les cavités sont alors limitées en haut par les prolongements épidermiques interpapillaires, en bas par le tissu dermique des papilles.

Les cavités sont ou bien entièrement remplies par des globules rouges, ou bien sont comblées par de la fibrine granuleuse, des lymphocytes et des leucocytes mono nucléaires.

Il s'agit donc de véritables productions bulleuses intra-épidermiques,

quelques-unes de ces bulles ayant une tendance à une transformation pyogène, d'autres étant hémorragiques.

Les couches épidermiques sous-jacentes aux lamelles cornées sont peu

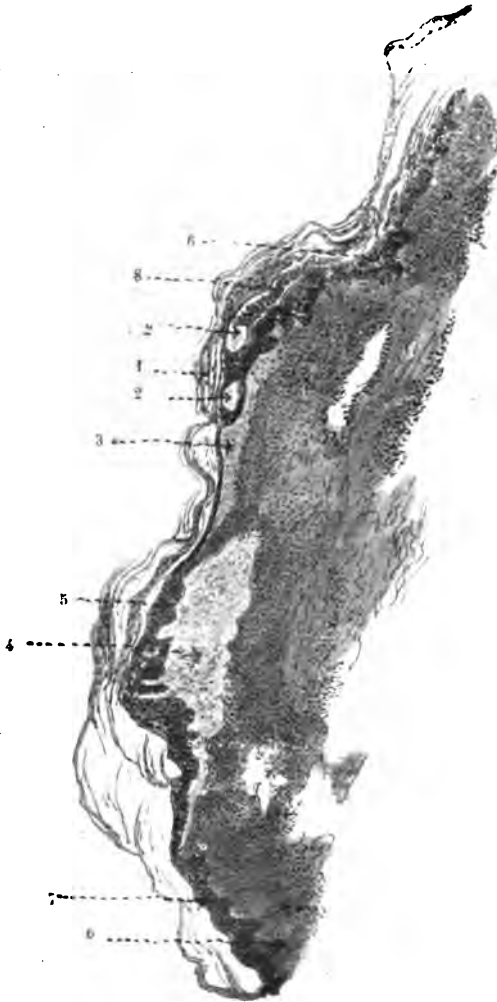


FIG. 1. — 1, Lamelles cornées avec noyaux allongés des cellules (lésions de para-kératose). — 2, Petites bulles hémorragiques. — 3, Grosse bulle hémorragique sous-épidermique. — 4, Bulle sous-épidermique remplie de fibrine granuleuse et de cellules. — 5, Épiderme décollé. — 6, Épiderme atrophie. — 7, Infiltration cellulaire (dont le détail est figure 2). — 8, Bulle hémorragique intra-épidermique.

développées. Il n'y a pas d'acanthose, ni d'hyperacanthose. On note dans la couche des cellules épineuses, la présence de petites cavités bulleuses hémorragiques ou pyogènes. Par places, en ce même point, une tendance à la transformation spongieuse. Lorsque l'épiderme est soulevé

en entier pour former des bulles, l'extrémité des cellules cylindriques du corps muqueux est en contact avec la fibrine ou les globules rouges.

La région papillaire et le derme présentent une infiltration totale par des cellules répondant à deux types principaux : de gros leucocytes mononucléaires, des lymphocytes, cellules comprises entre des travées conjonctives à noyaux allongés.

Les cellules à type leucocytaire sont les plus nombreuses, elles sont disséminées dans toutes les coupes, assez irrégulièrement, sans systématisation, ne formant pas d'amas régulier. Ces cellules sont très volumineuses,



FIG. 2. — 1, Gros leucocyte plasmazellen. — 2, Lymphocyte. — 3, Noyau des cellules du tissu conjonctif. — 4, Gros faisceau conjonctif formant de grosses travées réticulaires.

à noyau très coloré et périphérique. Elles ont tous les caractères d'aspect et de coloration des plasmazellen.

Les cellules du type lymphocyte n'offrent pas de caractères particuliers, elles sont moins nombreuses que les précédentes.

Les travées conjonctives ont un aspect spécial, elles forment de larges bandes et sur ces bandes s'étalent des noyaux allongés.

Il n'y a pas de réticulum fin net, mais l'ensemble des travées conjonctives forme en réalité un réticulum à mailles épaisses, si bien qu'à l'examen les plasmazellen, les lymphocytes, les noyaux allongés d'origine conjonctive font un enchevêtrement qui constitue un tissu extrêmement compact qui fait le fond de la préparation.

On ne note pas d'autres particularités, à part la présence de quelques mastzellen et éosinophiles.

Les vaisseaux ont leurs parois hypertrophiées, les coupes ne montrent pas d'éléments glandulaires.

De par l'ensemble des lésions constatées et surtout de par le caractère des lésions cellulaires, il n'est pas douteux qu'il ne s'agisse d'un mycosis, mais ce mycosis présente des manifestations bulleuses tout

à fait particulières qui expliquent et justifient les hésitations cliniques. Cette forme bulleuse de mycosis n'a été que rarement signalée et elle n'avait pas encore été reconnue dans sa forme larvée ni étudiée dans ses caractères histologiques.

Notre malade présente en outre comme particularités nouvelles et anormales ce fait que le prurit, contrairement à la règle, y a été pendant longtemps presque nul et qu'il s'est produit une alopecie presque totale du cuir chevelu et du visage.

L'on peut constater que l'état du malade s'est notablement amélioré depuis la dernière séance. Il a été traité à l'intérieur par l'anilarsinate de soude et il a été soumis quotidiennement, depuis le 12 juin, à des séances de radiothérapie, de 5 à 8 minutes de durée.

Aujourd'hui, le tronc est presque partout décapé, ainsi qu'une partie de la face ; les croûtes ont presque entièrement disparu ; le suintement est tari ; aux avant-bras et aux membres inférieurs le progrès est moins manifeste.

Par contre, la tendance végétante s'accroît.

Depuis le début du traitement radiothérapique, le prurit s'accroît, surtout par la chaleur du lit.

D'après les observations antérieures, c'est vraisemblablement au traitement par les rayons X qu'est due l'amélioration.

Trophonévrose à forme de plaques atrophiques et scléreuses cutanées avec dyschromies et dispositions zoniformes et métamériques, chez une fillette de 6 ans.

Par MM. GASTOU et L. LEGENDRE.

Le chapitre des Trophonévroses cutanées comprend toute une série de lésions de la peau qui se rattachent à la fois à des altérations vasculaires et nerveuses centrales ou périphériques. La plupart de ces trophonévroses — ainsi dénommées par ignorance de leur origine — se traduisent par des atrophies ou dystrophies portant sur tous les éléments des téguments, quelquefois même s'accompagnant de troubles ou arrêts de développement des muscles et du squelette et constituant alors de véritables dystrophies dont la nature et l'origine échappent.

C'est un cas de ce genre que l'un de nous (Legendre) a eu l'occasion d'observer à Rouen et que nous présentons à la Société. En voici l'observation clinique :

Antécédents héréditaires. — Grand-mère, 74 ans, vit encore, bien portante ; grand-père décédé à l'âge de 71 ans, bronchiteux.

Père, 39 ans, marié en secondes noces ; première femme morte tuberculeuse ; le père a une fistule anale probablement de nature tuberculeuse, opérée à l'Hôtel-Dieu par M. Bataille (il y a 4 ans).

La mère dit avoir marché tardivement, à 16 mois; a fait une pleurésie à l'âge de 8 ans. Au moment des règles, tout à fait irrégulières et plus ou moins abondantes, la mère ressent une vive douleur et un engourdissement dans le *membre inférieur gauche* depuis la hanche jusqu'à mi-jambe, douleur siégeant sur le trajet du nerf sciatique et durant 24 heures.

La mère accuse une *surdité* de l'oreille gauche depuis sa naissance.

Un peu d'asymétrie faciale : dents mal rangées.

Son accouchement s'est fait prématurément au huitième mois. La mère a eu quelques ennuis et un choc moral brusque.

Les parents, très intelligents, n'ont jamais eu de maladies sérieuses, n'ont pas fait d'abus d'alcool ni de café.

Antécédents de la petite fille. — Au moment de la naissance, 2 taches rouges à la nuque et au front (*nævi*). Bel enfant jusqu'à l'âge de 3 ans. Aucune éruption cutanée.

L'enfant est élevée à la Goutte de lait depuis l'âge de 6 mois jusqu'à l'âge de 16 mois.

Très craintive, très agitée pendant le sommeil, l'enfant n'a marché qu'à l'âge de 18 mois.

Sa première dent à 14 mois.

Histoire clinique. — Vers l'âge de 3 ans, la mère, en déshabillant sa fille, aperçoit un jour une tache noirâtre à la région abdominale gauche. Cette tache, survenue en 24 heures, paraissait indurée, luisante. En la prenant entre les doigts, on formait un pli de la peau, stable, reprenant difficilement son état tendu. Les dimensions de cette tache étaient de 10 centimètres de longueur sur 5 centimètres de largeur.

Cette plaque était survenue à la suite d'un léger traumatisme, en moins de 24 heures. Un médecin consulté rassure la mère, lui ordonne une pommade à l'oxyde de zinc en lui disant que ce n'est rien qu'un *simple coup*. La mère n'y fait plus attention pendant 1 mois, 6 semaines.

Trois ou 4 mois après, le père prend l'enfant et maladroitement la laisse tomber sur une boîte en bois; 2 ou 3 jours après, à l'endroit traumatisé, c'est-à-dire sur le haut de la cuisse gauche, apparaît une seconde tache noirâtre, à peu près de la même dimension que la première. Les parents sont complètement rassurés et continuent la pommade, persuadés que c'était une pigmentation provenant d'un coup diagnostiqué par le médecin.

Mais, quelques jours après, la première plaque fait tache d'huile et rejoint la deuxième en formant un grand placard. Puis la deuxième tache suit le nerf de la jambe (expression de la mère) jusqu'à l'extrémité du pied, qui porte, sur la région du cou-de-pied, l'empreinte en noir du lacet du soulier.

Ce placard allongé, d'abord large de 2 doigts, s'est agrandi de manière à faire le tour de la moitié de la cuisse et de la région poplitée.

Deux ans après, c'est-à-dire vers l'âge de 5 ans, apparaît au côté *gauche* des 2 premières vertèbres cervicales un autre placard brunâtre, ovale, de la dimension de 10 centimètres de longueur sur 3 de largeur, puis un autre à la région lombaire gauche qui bientôt rejoint celui de la région abdominale.

Plusieurs médecins sont consultés; les uns pensent à une lésion banale, d'autres à une vaste brûlure, certains à une atrophie quelconque.

On donne à l'enfant des sirops dépuratifs, et on fait du massage avec la pommade à l'oxyde de zinc.

La mère, ne voyant aucune amélioration, mais au contraire de l'amai-grissement et de la diminution de volume de la jambe gauche, vient me consulter le 20 juin de cette année.

La petite fille qui m'est présentée paraît très intelligente et de taille ordinaire pour son âge. Le facies est blafard et adénoïdien. La bouche est demi-ouverte, le nez large, épaté. En faisant ouvrir la bouche, on constate un palais profond ogival. Les amygdales sont très grosses.

L'index pénétrant dans le cavum est arrêté par une masse de consistance demi-molle.

Depuis 2 ans, l'enfant tient la bouche ouverte, ronfle en dormant, se plaint par moment de douleurs et de bourdonnements de l'oreille *gauche*. A l'angle de la mâchoire, les ganglions sont tellement tuméfiés que l'on croit aux oreillons : on renvoie l'enfant de l'école.

Après déshabillage complet, en faisant marcher la petite fille, on s'aperçoit qu'elle s'avance en *fauchant*. A la région lombaire, principalement du côté gauche, existe une dépression, une cambrure ou ensellure avec abaissement de la fesse gauche.

La petite fille présente une légère claudication. La jambe est raide et comme ankylosée au genou.

Le membre inférieur gauche paraît *de visu* moins gros que le membre inférieur droit.

Dans le décubitus dorsal, pas d'ensellure. La transmission des mouvements du membre au bassin ne se fait pas. L'ép ne iliaque reste bien en place.

Dimensions : le membre inférieur gauche, de l'épine iliaque antérieure à la malléole interne, mesure 33 centimètres de longueur;

Le membre inférieur droit mesure 36 centimètres;

La portion lombo-abdominale mesure : côté gauche, 25 centimètres; côté droit, 28 centimètres;

Au pli fessier, la circonférence de la cuisse gauche mesure 25 centimètres; celle de la cuisse droite, 28 centimètres; le mollet gauche a 18 centimètres de contour; le mollet droit a 22 centimètres.

Au cou-de-pied gauche, 14 centimètres de contour; au cou-de-pied droit, 15 centimètres.

A l'inspection de la peau, on constate à la nuque (côté latéral *gauche* des première et deuxième apophyses épineuses) un placard ovale, d'une dimension de 6 centimètres de longueur sur 2 de largeur. Sa couleur est chamois sur les trois quarts de la partie centrale, l'autre quart est nettement cicatriciel. Les bords sont brunâtres, irréguliers. La partie centrale est comme déprimée.

A la surface, la peau est amincie, finement plissée, et son épaisseur ne dépasse pas celle d'une feuille de parchemin.

Un peu plus bas, à la région dorsale, toujours à gauche des sixième et septième apophyses, existe une petite tache d'un blanc nacré, en forme de coin, et ressemblant, sauf le contour lilas, à une petite plaque de morphee. A la piqûre d'épingle, insensibilité au niveau de cette plaque.

Signalons, en passant, de l'hypertrichose à la région dorsale.

A la région lombaire se trouve une autre plaque à forme triangulaire, dont la base mesure 5 centimètres et la hauteur 11 centimètres. Ce placard est la continuation d'un autre placard situé sur la paroi abdominale. Ce placard est, comme celui de la nuque, déprimé sur les bords, paraissant nettement cicatriciel au centre, de couleur brunâtre. L'épiderme qui le recouvre paraît finement plissé et de l'épaisseur d'une feuille de papier à cigarette.

Un autre placard au pli fessier gauche, se continuant au périnée et gagnant le bord inférieur de la grande lèvre gauche.

Un autre petit placard à la malléole externe, côté gauche, et gagnant la région pédieuse. Même coloration, même plissé tégumentaire, même dépression, même insensibilité.

En avant, le placard que présente la petite malade est très étendu. La base est formée par une ligne oblique allant de la région lombaire à 2 centimètres de l'ombilic; elle occupe largement la région abdominale gauche, sillonnant le bord interne et externe de la cuisse, la partie latérale du genou et le creux poplité, la partie antérieure de la jambe, et se termine aux orteils. Sa forme est un immense triangle. Les bords en sont irrégulièrement découpés et forment de larges nappes dont la coloration va du rouge brun à la couleur chamois. Autour de la plaque, un étroit liséré brunâtre plus foncé que la partie centrale. La plaque est déprimée au-dessous des parties adjacentes. La coloration de cet immense placard est tantôt brunâtre, tantôt couleur chamois. A certains endroits il est parsemé de taches blanches et de taches noires, ce qui lui donne un aspect bigarré ou zébré. Au toucher, surtout à la cuisse, on le sent comme mamelonné, le tissu adipeux n'étant pas tout à fait disparu. A la partie antérieure de la jambe, au cou-de-pied et à la région de la pédieuse, le placard paraît nettement cicatriciel et l'épiderme est comme collé aux parties sous-jacentes et ressemble à une sclérodermie. Au contraire, à la région abdominale, la peau y est amincie, ridée, mollasse, tremblotante, formant des plis irréguliers très fins, et sans trace de desquamation. Elle paraît comme transparente et se plisse finement comme du papier à cigarette froissé. A certains endroits, à la cuisse par exemple, le tégument a perdu toute élasticité. Il ne revient que lentement sur lui-même lorsqu'on l'a plissé. Les muscles lisses de la peau sont profondément altérés.

Chose bizarre, çà et là, sur tout le corps et même sur les plaques, il y a de temps en temps des éléments urticariens, espèces d'élévures au sommet desquelles se voit nettement une petite vésicule. Piqûres de punaises (la mère est négative à ce sujet) ou bien réaction particulière de la peau. Lorsque la malade se gratte, des élévures urticariennes se forment; puis se produit une vésicule qui, excoriée, se transforme en une papule nécrotique laissant, après guérison, des macules atrophiques.

D'après cette observation, on voit que les placards se trouvent tous du côté gauche du corps, depuis bientôt 3 ans.

Le côté droit cependant paraît se prendre. On y voit en effet deux placards développés depuis un mois seulement, l'un occupant le côté droit de l'abdomen à 2 centimètres du bord inférieur des dernières côtes. Ce placard

a la même physionomie que ceux du côté gauche. Dimensions : 10 centimètres de longueur et 9 centimètres de largeur. Forme ovale.

L'autre occupe toute la partie postérieure de la cuisse droite.

Cette observation paraît intéressante à plusieurs points de vue :

1° Par la formation de placards brunâtres, survenant à l'âge de 3 ans, d'abord à la suite de traumatismes légers, puis se produisant spontanément et s'étendant progressivement et rapidement en nappe et toujours du côté gauche.

2° Le placard du cou paraît suivre le grand nerf sous-occipital. Les placards lombo-abdominal et vulvaire paraissent être sous la dépendance des deux branches abdomino-génitales venant du plexus lombaire. Enfin le placard du membre inférieur gauche suit exactement le trajet du nerf sciatique et de ses deux branches : le sciatique poplité interne et le sciatique poplité externe.

3° On observe, chez cette malade, trois aspects différents de l'*atrophie cutanée* : 1° des plaques déprimées, finement plissées à la surface par la transparence de l'épiderme, occupant la région cervicale et la région lombo-abdomino-crurale ; 2° une sclérodermie, sans dépression, avec consistance augmentée, dure, comme si la peau était collée aux os, depuis le creux poplité jusqu'aux orteils ; 3° enfin à la région dorsale, à gauche des 6^e et 7^e apophyses, une petite tache en forme de coin, d'un blanc très nacré et ressemblant, sauf le contour lilas, à une petite plaque de morphee ; sur cette tache la peau est très adhérente.

Si nous résumons en quelques mots l'ensemble de l'observation, nous voyons que, chez une enfant née prématurément, à hérédité tuberculeuse vraisemblable, ayant présenté à la naissance un petit *nævus* et plus tard des végétations adénoïdes, ont débuté vers l'âge de 3 ans, à la suite d'un léger traumatisme, des lésions atrophiques de la peau d'aspect variable, débutant par des taches dyschromiques à la région abdominale, puis envahissant progressivement en 3 ans une partie de la jambe gauche, puis tardivement des régions disséminées du même côté et la face postérieure de la cuisse droite. Taches et placards s'accompagnant d'arrêt et retard du développement général, d'asymétrie de tout le côté gauche, d'atrophie du membre inférieur gauche, avec atrophie et sclérose de la peau et troubles de sensibilité partiels, les réflexes étant normaux.

De par leur début, leurs caractères, leurs associations symptomatiques, leur évolution, ces taches et placards cutanés ne se rapportent ni à la lèpre, ni au lupus érythémateux.

Il ne s'agit pas davantage de *nævi* ou de morphee. On ne peut dénommer non plus ces lésions, sclérodermie en plaques, quoiqu'elles s'en rapprochent par leur aspect général. La distribution zoniforme ou métamérique des placards d'atrophie et de sclérose, les troubles

de développement généraux et du membre, les font plutôt rentrer dans le groupe des trophonévroses à manifestations cutanées, véritables dystrophies congénitales, à localisation nerveuse ou vasculaire, dont l'origine peut être attribuée à une hérédité toxique ou infectieuse.

M. HALLOPEAU. — Je crois que cet enfant est atteinte d'un *nævus* en bande, développé tardivement.

M. A. FOURNIER. — J'ai observé un *nævus* ayant une disposition tout à fait semblable, comme vous pouvez le constater sur le moulage que je vous présente.

M. VERCHÈRE. — Je ferai remarquer que cette fillette présente une atrophie de tout le côté gauche du corps, ce qui indique un trouble du système nerveux cérébro-spinal.

Hérédo-syphilis tardive chez un sujet ne présentant pas d'altération du système dentaire.

Par MM. DANLOS et BLANC.

R..., Henri, âgé de 17 ans, entre salle Bichat le 4 juillet 1907. On ne possède pas de renseignements précis sur les maladies antérieures. La mère dit seulement être entrée autrefois à l'hôpital Saint-Louis avec son enfant âgé de 8 mois. On lui aurait alors conseillé de continuer l'allaitement elle-même, sans confier l'enfant à une nourrice; et on aurait de plus fait prendre à celui-ci, dans du lait, des gouttes qui auraient provoqué de la diarrhée (liqueur de Van Swieten probablement). Depuis lors, aucune manifestation nouvelle, pas de traitement.

La mère ignore être syphilitique, elle présente pourtant des cicatrices caractéristiques à la nuque et à la région préauriculaire gauche. Ces cicatrices seraient consécutives à des accidents survenus, les uns 2 ans avant la naissance du malade et les autres vers l'époque même de sa naissance. Elle sait de plus avoir été soumise au traitement mercuriel lors de la dernière éruption.

Il n'existe aucun renseignement sur l'état du père, mort depuis plusieurs années.

Deux enfants nés 2 ans et 4 ans après notre malade; ils sont, au dire de la mère, absolument indemnes de toute lésion spécifique.

Il y a 3 semaines environ, le malade s'est plaint d'un peu de douleur en avalant, et a constaté que parfois les aliments lui revenaient par le nez. Au bout de quelques jours, le rejet nasal des aliments a cessé; mais la douleur à la déglutition a continué, sans être jamais bien vive.

A l'examen, on constate que le sujet, sans être infantile, est incomplètement développé et de petite taille; néanmoins ses testicules ont à peu près le volume normal. La cornée de l'œil droit est enfumée

(kératite interstitielle), la vision est moins claire de ce côté. Aux deux commissures labiales existent des fissures cicatricielles linéaires disposées en éventail. Des traces de fissures anciennes se voient également à l'entrée des narines.

Le malade est un peu sourd des deux oreilles, sans qu'on puisse avoir de données précises sur le début de cette surdité.

La conformation crânienne est régulière; les dents sont bonnes et ne présentent absolument aucune altération spécifique. Pas de ganglions.

Au palais, on constate la destruction complète de la luette et des parties avoisinantes du voile par une ulcération gommeuse, à fond pseudo-membraneux, à bords rouges infiltrés dans une grande étendue. L'ulcération se prolonge des deux côtés sur les piliers postérieurs.

Cette lésion n'est pas douloureuse, sauf au moment de la déglutition; et, comme nous l'avons déjà dit, actuellement les aliments ne reviennent plus par le nez.

Le cœur, les poumons, etc., les urines, ne présentent rien de particulier.

L'apparence de la lésion palatine étant absolument caractéristique, et le malade ne présentant aucun signe commémoratif de syphilis acquise, le diagnostic de syphilis héréditaire tardive s'imposait. Il était du reste facilité par les constatations rétrospectives sur la mère (cicatrices à la nuque), les recommandations qu'on lui avait faites à la naissance de son bébé et le traitement subi par celui-ci. Il était confirmé de plus par la lésion cornéenne et les cicatrices commissurales. Nous ne savions, faute d'examen auriculaire, si la surdité partielle devait être rapportée à une lésion spécifique du labyrinthe. Pour éclaircir notre incertitude, nous avons fait examiner le malade à la clinique de Lariboisière. La note ci-contre semble plutôt de nature à faire incriminer des otites vulgaires.

« A l'examen des oreilles, on constate : à *droite*, une otite subaiguë avec perforation circulaire à la partie antérieure du tympan ; à *gauche*, une ancienne otite, avec perforation cicatrisée.

Rinne, des deux côtés.

Veber latéralisé à droite. »

Par contre, l'examen ophtalmoscopique a confirmé le diagnostic.

L'examen des yeux, pratiqué par le Dr Morax, révèle à droite des cicatrices cornéennes diffuses, vraisemblablement en rapport avec une kératite interstitielle ancienne. De plus, le malade est atteint d'une myopie forte bilatérale avec quelques lésions choris-rétiniennes cicatricielles. Ces différentes lésions paraissent relever de l'infection spécifique.

En résumé, syphilis héréditaire à manifestation tardive (17 ans) sous forme de gomme du voile palatin chez un sujet qui n'avait subi

de traitement que pendant la première enfance et chez lequel manquait le principal élément de la triade d'Hutchinson, l'altération des incisives.

M. A. FOURNIER. — J'attire l'attention sur un signe caractéristique de l'hérédosyphilis et que l'on peut observer chez ce malade. Ce sont des cicatrices radiées, convergentes, disposées en patte d'oie, qu'on observe sur les lèvres quand la bouche est fermée. Ces cicatrices sont dues à des syphilides qui apparaissent quelques semaines après la naissance.

Perforation palatine syphilitique; palatoplastie.

Par M. MORESTIN.

Quand les perforations palatines dues à la syphilis sont de petites ou de médiocres dimensions et médianes, ce qui est un cas assez fréquent, leur traitement est relativement simple et l'application du procédé classique d'uranoplastie à l'aide du double pont muco-périostique, selon Baizeau et Langenbeck, fournit des succès pour ainsi dire constants. Je vous en ai montré deux exemples dans la séance du 6 décembre 1906. Les conditions sont moins favorables quand la perforation est excentrique, d'autant moins qu'elle est plus en dehors, et la difficulté d'obtenir un bon résultat est bien entendu proportionnelle aux dimensions en largeur de la perte de substance. Le sujet que je vous présente aujourd'hui était atteint d'une perforation *latérale*, mettant en communication la bouche et la fosse nasale gauche. Comme elle n'était pas très large, j'ai pu la réparer sans trop de peine par la méthode ordinaire. La guérison a été obtenue en quelques jours et d'une manière parfaite.

Le malade, Victor M..., ferblantier, m'a été adressé le 4 juin par M. Gaucher. Il est entré le 7 dans mon service à la Maison Dubois; opéré le 8, il en est sorti guéri le 17.

Victor M... est âgé de 30 ans. Sa syphilis date de 3 ans; la perforation s'est produite il y a un an. Exactement ronde, elle est comparable en étendue à une de nos anciennes pièces de 20 centimes. Elle siège nettement à droite de la ligne médiane qu'elle affleure seulement par sa bordure interne. Elle répond au palais proprement dit et ouvre la fosse nasale droite. Une ligne passant par son extrémité antérieure rencontrerait la deuxième petite molaire supérieure; une ligne rasant son contour en arrière traverserait l'interstice de la première et de la deuxième grosse molaire.

Le 8 juin, je pratique l'uranoplastie, par le procédé habituel. En raison de la situation excentrique de la perforation, le lambeau du côté droit est bien moins large que l'autre, la différence entre les deux lambeaux étant représentée justement par la dimension transversale

de la perte de substance. J'ai soin de faire les incisions libératrices aussi en dehors que possible pour étoffer d'autant le lambeau droit. Après le décollement à la rugine et l'avivement des bords de la perforation, je ferme celle-ci à l'aide de trois fils de soie très fins. La ligne de suture répond à la ligne médiane. C'est donc le lambeau du côté droit qui à lui seul bouche la perforation.

Les suites sont d'une parfaite simplicité. A aucun moment la vitalité des lambeaux n'a été menacée ni la réunion compromise. Les fils ont été enlevés le 15 ; le résultat a été d'emblée et absolument irréprochable. Peu de jours après, notre opéré recommençait à parler d'une voix redevenue normale. Actuellement il a repris son travail et l'usage des aliments solides qu'il peut mastiquer sans inconvénient ni gêne d'aucune sorte. Les plaies des débridements latéraux sont depuis plusieurs jours déjà entièrement cicatrisées.

M. BALZER. — J'ai obtenu plusieurs fois la guérison complète de perforations syphilitiques du palais par le traitement mercuriel et ioduré, mais il est important de panser la perforation et de l'oblitérer par un tampon serré de coton ou de gaze iodoformée, renouvelé autant qu'il est nécessaire.

M. GAUCHER. — Il faut distinguer, au point de vue thérapeutique, la perforation récente et la perforation déjà ancienne. Quand il s'agit d'une perforation récente, il faut évidemment appliquer le traitement antisyphilitique ; on obtient le plus souvent ainsi une réparation suffisante, sinon complète, de la lésion. Mais quand le traitement antisyphilitique n'agit plus, la palatoplastie est indiquée et donne de beaux résultats, comme M. Morestin vient de le montrer.

M. A. FOURNIER. — Comme l'a dit M. Balzer, on peut obtenir la guérison complète des petites perforations de la voûte palatine par le traitement antisyphilitique et l'obturation de la lésion.

M. DE BEURMANN. — Il n'y a pas incompatibilité entre le traitement médical et le traitement chirurgical, mais y a-t-il inconvénient à opérer de bonne heure ?

M. A. FOURNIER. — Le traitement antisyphilitique a pour but d'éviter au malade l'opération chirurgicale.

M. LENGLET. — La question que vient de poser M. de Beurmann m'incite à faire remarquer que le traitement chirurgical ne doit pas être fait en même temps que la cure mercurielle, mais après une cure mercurielle très intense. Si on pratique l'autoplastie trop tôt, si la cure mercurielle n'a pas été assez active, le tissu encore influencé par la syphilis cède de nouveau et la perforation se reproduit.

M. MORESTIN. — Les considérations qu'on vient de développer ne sont pas nouvelles. Il est bien entendu qu'on ne doit pas opérer les perforations

palatines syphilitiques récentes, ni celles qui n'ont pas été préalablement soumises au traitement antisypilitique.

Ai-je besoin d'ajouter que le malade que je vous ai présenté avait été traité longtemps et suffisamment par M. le professeur Gaucher, et que le traitement médical avait donné tout ce qu'il pouvait?

Ma présentation avait simplement pour but de montrer que la palatoplastie peut donner d'excellents résultats, même dans les perforations latérales du palais.

M. A. FOURNIER. — Personne n'a mis en doute, dans cette discussion, les indications de l'opération pratiquée par M. Morestin; et on ne peut que le féliciter de l'excellent résultat qu'il a obtenu.

Syphilide tuberculeuse zoniforme avec cicatrices atrophiques.

Par MM. BALZER et GALUP.

Annette M..., 39 ans, sans profession, se présente à notre consultation pour des syphilides, dont l'aspect très particulier nous paraît mériter l'attention et qui sont survenues il y a 2 ans.

Les accident primitifs et secondaires sont passés inaperçus de la malade; son interrogatoire nous révèle chez son mari une pigmentation en placards des bras et du dos qu'il est permis de suspecter spécifique. Elle est mariée depuis 14 ans et a 3 enfants, tous chétifs et anémiques. L'an passé elle a eu une gomme à la face interne du genou gauche; la cicatrice en persiste, très apparente.

Les lésions actuelles siègent sur la moitié gauche du tronc, à l'exception d'un petit nombre d'éléments qui dépassent en arrière la ligne médiane. Ces lésions, occupant une largeur de peau au moins égale à la paume de la main, présentent une disposition zoniforme; elles commencent en arrière au niveau des dernières vertèbres dorsales, se dirigent obliquement en bas et en avant sur l'abdomen, et se terminent sur la ligne mamelonnaire, à hauteur de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Dans la région dorsale les éléments sont en pleine évolution; sur la peau, de teinte rouge uniforme, se détachent en saillie des syphilides papulo-tuberculeuses, présentant des apparences diverses: il existe des éléments papuleux superficiels, des éléments papulo-croûteux et ulcéreux. En dehors de ce placard en évolution, on en reconnaît un second où les éléments sont cicatrisés, mais sans doute depuis peu de temps car ils conservent un aspect rouge et pigmenté. Enfin toute la région latérale gauche est occupée par des éléments cicatriciels, de forme elliptique, très voisins les uns des autres, offrant de prime abord l'apparence des macules atrophiques et même présentant comme elles, en certains points, une petite dépression cupuliforme centrale; mais ils s'en différencient nettement par le fait qu'ils sont fortement saillants, que l'épiderme est un peu gaufré à leur surface, et qu'à la palpation on reconnaît que le derme est encore épaissi par du tissu d'infiltration ou du tissu cicatriciel.

Il s'agit ici d'un cas de syphilis complètement ignorée de la malade

et dont les premiers accidents ont été inaperçus. La syphilide tuberculo-ulcéreuse qu'elle présente actuellement est le plus grave accident qu'elle ait éprouvé. Cette syphilide régionale est remarquable par sa disposition nettement *zoniforme*. A peu près guérie et réparée dans ses deux tiers antérieurs, elle continue à évoluer dans le tiers postérieur et tend à dépasser la ligne médiane en dehors de la colonne vertébrale. L'intervention du système nerveux dans la disposition d'une syphilide *zoniforme* de ce genre peut être soupçonnée, mais nous ne l'affirmerions pas et cette disposition nous paraît aussi pouvoir s'expliquer par le développement serpiginieux de la syphilide tertiaire.

En l'examinant, la partie qui appelle le plus l'attention est la partie moyenne du vaste placard *zoniforme*, celle où existent les éléments cicatriciels. Au premier coup d'œil on pourrait penser à de petites macules atrophiques et il faut un examen attentif pour les en différencier. Quelques éléments sont même plissés et présentent au doigt une dépression cupuliforme comme les macules atrophiques. Mais la plupart, bien que déprimés à leur centre, sont encore infiltrés à leur périphérie et présentent une consistance spéciale. Il est probable que cette consistance diminuera avec le temps et qu'après la résolution totale du tissu d'infiltration toutes les cicatrices deviendront molles et dépressibles, mais même à cette époque le diagnostic de ces cicatrices avec les macules atrophiques pourra encore être fait, grâce à un léger gaufrage de l'épiderme qui persiste indéfiniment sur les cicatrices syphilitiques, ainsi que nous avons pu le constater dans d'autres cas.

Il est vrai que certaines syphilides tuberculeuses sèches ne vont pas toujours jusqu'à produire l'ulcération du derme, surtout lorsque le traitement spécifique vient hâter leur résolution. Ces syphilides peuvent être suivies de la production de macules déprimées, atrophiques, très analogues aux macules atrophiques post-papuleuses. Mais on pourra habituellement reconnaître leur origine à ce fait qu'elles sont groupées et que dans le groupement auquel elles appartiennent il existe de véritables cicatrices également plus ou moins déprimées et atrophiques, consécutives aux ulcérations qui en quelques points manquent rarement de se produire, même dans les syphilides tuberculeuses sèches. En somme, des *macules atrophiques post-tuberculeuses* pourraient se produire, plus rares et moins bien caractérisées que les macules atrophiques post-papuleuses, mais pourtant assez comparables à celles-ci. Les *cicatrices atrophiques post-tuberculeuses* s'en distinguent, quelquefois malaisément, il faut l'avouer, par le gaufrage de l'épiderme à leur surface. Chez notre malade il existe des éléments pour lesquels cette distinction ne peut guère être faite.

Du reste, à part ce léger gaufrage de la surface, il faut encore reconnaître que l'analogie peut être presque complète aussi entre cer-

taines cicatrices anciennes de syphilides papulo-ulcéreuses de la période secondaire et les macules atrophiques post-papuleuses. D'ailleurs les lésions de la trame conjunctivo-élastique du derme produites par l'infiltration papuleuse ayant été les mêmes, il n'est pas étonnant qu'on puisse en retrouver des vestiges comparables dans les deux cas. Ce qui fait la différence, c'est la destruction de la couche papillaire qui manque dans les papules simples et qui se produit dans les papules ulcérées. Il en résulte des cicatrices molles, déprimées à leur centre, auxquelles conviendrait le nom de *cicatrices atrophiques post-papuleuses*.

Un processus tout à fait analogue, en somme, se produit dans les éléments d'une syphilide tuberculo-ulcéreuse comme celle que nous observons aujourd'hui; ce qui n'est pas étonnant, puisque notre tubercule syphilitique n'est pas autre chose qu'une papule tertiaire, qui ne diffère de la papule secondaire que par son évolution à tendance plus destructive. La destruction partielle et plus ou moins profonde du derme peut produire avec le temps, dans certains cas de cette syphilide, des cicatrices atrophiques très comparables à celles que déterminent les papules ulcéreuses secondaires. Elles en diffèrent cependant par quelques caractères : forme des éléments, plutôt irréguliers, allongés ou elliptiques qu'arrondis, plus voisins les uns des autres, et groupés dans une région déterminée; tandis que les cicatrices post-papuleuses, de même que les macules atrophiques post-papuleuses, sont rondes et sont plutôt disséminées dans une certaine étendue du tégument.

Nous avons cru devoir développer un peu ces particularités, car l'étude des caractères différentiels des macules atrophiques post-papuleuses ou post-tuberculeuses et des cicatrices atrophiques post-papulo-ulcéreuses et post-tuberculo-ulcéreuses nous paraît devoir mériter l'attention, en raison de l'intérêt que présentent tous les vestiges extérieurs de la syphilis tant au point de vue purement clinique qu'au point de vue médico-légal.

M. A. FOURNIER. — Ce cas est extrêmement intéressant. Je n'ai jamais observé de cicatrices syphilitiques ayant cet aspect de macules atrophiques.

Syphilome en cuirasse datant de 19 ans, développé sur un eczéma séborrhéique pré-sternal.

Par MM. GASTOU et L. LEGENDRE.

Le cas que nous présentons à la Société mérite l'attention en raison des particularités suivantes :

1^o Longue évolution, sans troubles de la santé générale, d'un syphilome en voie constante d'extension centrifuge chez un malade ignorant sa syphilis et jamais traité.

2° Superposition de la lésion syphilitique à un eczéma séborrhéique sternal, ayant servi de point d'appel.

3° Action extensive du syphilome par des applications irritantes pyogènes.

4° Guérison rapide en deux mois par 4 injections de calomel gaïa-coloïd Duret à 5 centigrammes par injection, associées à 150 grammes d'iodure de potassium.

Voici l'observation de ce malade.

A. L..., 43 ans, se présente à la clinique de l'un de nous, à Rouen, le 18 avril 1907. Il se dit bouvier, demeurant à Louviers.

Antécédents héréditaires. — Son père, tonnelier, est mort à l'âge de 69 ans, de tuberculose pulmonaire. Sa mère, actuellement, est bien portante. Il y a 10 ans, elle a eu un érysipèle de la face. Depuis 2 ans, il s'est déclaré chez elle un eczéma variqueux de la jambe gauche. Elle a eu 4 enfants, dont deux morts de tuberculose.

Antécédents personnels. — Le malade, alcoolique, n'a rien eu pendant son enfance qu'un eczéma probablement séborrhéique siégeant au milieu de la poitrine.

Il y a 20 ans, chaudepisse qui a duré 2 mois environ. Presqu'au même moment apparut sur la verge une petite écorchure. Le malade n'y fait guère attention et ne se soigne pas; plaque banale, dit-il, qui guérit en 2 semaines.

La maladie actuelle a débuté il y a 19 ans par un petit *bouton*, dur qui après ulcération s'est recouvert d'une croûte jaune verdâtre. Au dire du malade, cette ulcération siégeait à la partie supérieure du sternum (au siège de l'eczéma). Cette lésion, d'abord large comme un centime, s'agrandit de jour en jour par grattage, de façon à atteindre les dimensions d'une pièce de 5 francs.

A ce moment, le malade voit un rebouteur de Louviers qui s'occupe spécialement de guérir les panaris. Il lui cautérise cette plaie à la *Pierre infernale*. Aucune amélioration; au contraire, autour de la cautérisation, la plaie bourgeonne de plus belle et s'agrandit de jour en jour. La plaie atteint alors comme dimensions celles de deux pièces de 5 francs.

Un médecin est consulté et conseille l'application d'une pommade composée, dont le malade ne peut donner la formule. On lui conseille de prendre de l'huile de foie de morue.

Malgré ce traitement, le malade ne constate aucune amélioration. Au contraire, la plaie s'agrandit de jour en jour, très lentement, progressivement pour atteindre à un moment donné les dimensions de la paume de la main.

Le malade voit, à la quatrième page d'un journal, l'annonce d'une pommade dite *du Bossu*, guérissant toutes les maladies de la peau. Il abandonne alors et l'avis du rebouteur et les soins médicaux pour se faire expédier 3 ou 4 pots de cette prétendue panacée des maladies de la peau. Il n'en éprouve aucun soulagement.

Découragé, il abandonne tout traitement, se livre à la boisson et même parle de suicide, tellement les souffrances sont grandes.

Depuis cette époque, la plaie s'agrandit pour atteindre à l'heure actuelle les dimensions énormes de 22 centimètres de hauteur et 33 centimètres de largeur.

État actuel. — En examinant le malade, ce qui frappe d'emblée, c'est l'étendue de la lésion, qui recouvre en véritable cuirasse toute l'étendue de la poitrine, empiétant même sur l'abdomen, s'étendant à 2 centimètres du nombril.

Les éléments sont assez nets et assez caractéristiques pour permettre



FIG. 1.

le diagnostic rétrospectif de syphilis tertiaire tuberculeuse en nappe ou phagédénisme tertiaire en surface.

Cependant, en certains endroits de cet immense placard, l'aspect morphologique de la syphilis est modifié par la concomitance de l'eczéma.

La forme de ce placard rappelle vaguement la configuration d'une carte géographique. Les bords en sont festonnés, s'élargissant de ci, de là capricieusement, poussant une pointe en tel sens, puis s'arrêtant et s'étendant en sens différents (fig. 1).

Dans la zone d'évolution, sur une bordure de 6 centimètres environ de diamètre, faisant le tour du placard, on remarque un érythème constitué

par des rubans onduleux, par des papules, par des saillies de la grosseur d'une noisette, molles au centre, dures à la périphérie. En les incisant on en fait sortir un liquide comme sirupeux et très sanguinolent. Ces saillies ou gommes font place à des ulcérations polycycliques, notablement creuses et excavées, à bords adhérents, nettement et verticalement entaillés, à fond bourbillonneux.

Quelques-unes sont surmontées de concrétions squameuses, très adhérentes, saignant facilement au moindre frottement. Ces squames sont tantôt molles et jaunâtres, tantôt dures, noirâtres, mais assez épaisses pour former des lames superposées et qui par leur superposition forment



FIG. 2.

une assez notable saillie. Dans ces squames, un peu de suppuration.

En dedans de cette zone en évolution se trouve un autre placard de 20 centimètres environ, déjà parcouru par le mal et paraissant cicatrisé. Les bords en sont également festonnés; la cicatrisation, centrifuge, paraissant se faire d'une façon parallèle à l'expansion ulcéreuse.

Ce placard central est rouge et suintant sur toute la surface, grâce à un eczéma créant ainsi un terrain propre à l'infection.

De place en place, on observe de petites plaques de peau saine.

Le malade se plaint de ne pouvoir se baisser, se sentant la poitrine prise comme dans un étai.

Sur le reste du corps, aucune autre lésion cutanée; pas d'adénopathies. Chose curieuse, les mamelons sont respectés.

Après examen de la bouche et l'analyse des urines, les prescriptions suivantes sont faites au malade :

Pendant tout le traitement mercuriel : 1° prendre tous les jours 2 litres de lait coupé d'Eaux-Bonnes ; 2° 3 grammes de KI par jour ; 3° soins de la bouche au borax et chlorate de potasse ; 4° sur toute la zone en évolution, frictions avec la pommade au calomel, 2 p. 100 ; sur la partie centrale eczémateuse, badigeons au nitrate d'argent à 1 p. 50.

En même temps, le traitement mercuriel est ainsi institué :

18 avril : à la région fessière (au lieu d'élection), 1^{re} piqûre d'huile au calomel, 0,05, gaiacoloïd de Duret.

28 avril : 2^e piqûre au calomel, 0,05. Continuation de la pommade et des badigeons au nitrate d'argent.

5 mai : 3^e piqûre au calomel, 0,05. Cataplasme de fécule de pomme de terre pour faire tomber les croûtes. Au centre du placard, badigeons au nitrate d'argent et pâte de zinc.

12 mai : 4^e piqûre. Le malade dit ressentir une douleur à la fesse ; fourmillements dans les jambes. Je recommande le repos, l'abstention de tout travail physique ou intellectuel et des pansements humides prolongés à l'eau bouillie.

18 mai : 5^e piqûre. On constate une grande amélioration (fig. 2). Le malade ressent moins de raideur en se baissant. Le suintement du centre disparaît et le placard paraît plus cicatriciel.

Lentement l'extension s'arrête, les plaies bourbillonneuses se débarrassent des détritiques gangreneux qui les encombrant, l'infiltration périphérique se résout et la réparation commence.

25 mai : Le malade ressent une vive douleur à la fesse, ne peut s'asseoir. On sent comme une nodosité profonde dans le muscle fessier.

On abandonne le traitement par les piqûres et on ordonne de prendre 2 fois par jour une pilule de 5 centigrammes de protoiodure de mercure.

La solution d'iodure est continuée.

1^{er} juin : L'amélioration est de plus en plus grande. Le malade ne peut supporter les pilules, a des maux d'estomac.

Le malade est mis au lait et prend 2 cuillerées à bouche de sirop mixte dans du lait. En même temps, on prescrit des frictions sur le syphilome avec une pommade au biiodure à 1 p. 200.

Guérisson complète le 10 juin.

Cas de lèpre et de syphilis améliorés par l'anilarsinate de soude

Par MM. H. HALLOPEAU et RAILLIET.

Le nombre de nos observations approche actuellement 130 : si nous n'en avons pas mis plus tôt les résultats sous les yeux de la Société, c'est, d'un côté, parce que les malades, dès qu'ils sont guéris de leurs manifestations, s'empressent de quitter l'hôpital, d'un autre, parce que les cas d'amélioration ou de guérison des accidents primitifs et secondaires peuvent s'expliquer, pour qui n'a pas suivi de près le malade, par l'évolution naturelle de la syphilis ; les accidents tertiaires

dont nous vous présentons aujourd'hui trois cas en grande amélioration ne sont pas susceptibles de cette objection ; il en est de même des lépromes de ce premier malade dont l'un de nous a antérieurement rapporté l'observation à la Société.

Obs. I. — *Bacillose de Hansen*, en évolution depuis 1892.

Depuis 2 ans, mal perforant plantaire bilatéral occupant tout le talon antérieur, douloureux, rendant la marche à peu près impossible.

Injectons d'anilarsinate de soude :

3 de 0^{gr},75 les 18, 21 et 23 mai,

5 de 0^{gr},25, du 1^{er} au 13 juin,

1 de 0^{gr},50, le 21 juin,

1 de 0^{gr},25, le 24 juin.

Au total 4^{gr},20, en 37 jours, avec quelques interruptions.

Le 24 mai, après la troisième injection, phénomènes d'intolérance prédominant du côté des voies digestives ; ils cédèrent au bout de 48 heures.

Après la huitième injection (13 juin), le mal perforant du pied droit était complètement cicatrisé ; la guérison se maintient parfaitement depuis cette époque, le malade n'accusant plus à son niveau qu'une douleur, marquée surtout après la fatigue.

Du côté gauche, la lésion qui était beaucoup plus profonde, n'est pas encore complètement cicatrisée, mais elle est incontestablement améliorée. En outre, le malade se sent mieux ; il éprouve en particulier un grand soulagement du côté de ses articulations ; les mouvements y sont beaucoup plus libres, et les craquements articulaires ont disparu.

De plus, une tuméfaction considérable qui s'étendait de la mastoïde à la région scapulaire, et persistait depuis 3 ans, s'est résorbée au point d'être maintenant à peine appréciable, sous forme d'un épaississement dermique, au niveau de la mastoïde. Les douleurs orbitaires, une grande sensibilité du cuir chevelu ont également disparu comme par enchantement depuis la nouvelle médication.

Le malade, enthousiasmé, réclame avec insistance des doses plus élevées.

C'est de tous nos malades celui chez lequel les phénomènes d'intolérance ont été les plus accentués et prolongés ; nous ne les observons plus avec les doses dont nous faisons usage actuellement.

Obs. II. — *Syphilis tertiaire*. N° 79, salle Bazin. — Chancre en 1901.

En 1904, gommès de la jambe droite.

En mars 1907, apparition d'une série d'ulcérations sur les membres. Le malade entre à Saint-Louis, salle Bazin, le 27 mai, pour ces accidents.

Au-dessus du genou droit, il présente une ulcération de 8 centimètres de haut sur 7 de large, avec deux petits îlots lenticulaires en voie de cicatrisation. Deux autres petites ulcérations siègent au-dessus de la précédente.

On note encore deux ulcérations grandes comme des pièces de 50 centimes à la face antérieure de l'avant-bras gauche; une de 3 centimètres et demi sur 2 à la face interne du coude du même côté; une autre, grande comme une pièce de 2 francs, à la face antérieure de l'avant-bras droit.

Du 1^{er} au 13 juin, on fait une série de 6 injections d'anilarsinate de soude d'une valeur totale de 3^{rs},50; il ne survient aucun accident, sauf quelques douleurs gastriques passagères.

Avant la dernière injection, la plus grande ulcération, celle du genou droit, était entièrement cicatrisée. Toutes les autres, sauf la plus élevée de la cuisse droite, se sont cicatrisées quelques jours après. La guérison se maintient depuis cette époque. Une nouvelle série d'injections est recommencée, nous allons l'interrompre.

Obs. III. — *Syphilis tertiaire*. — Début de la syphilis inconnu.

Cette malade est entrée au n° 15, salle Lugol, le 13 mai 1907, pour une périostose douloureuse du tiers inférieur du tibia droit, qui l'empêche absolument de marcher.

Elle présente en outre une périostose des deux cinquièmes inférieurs du radius droit.

De plus, des syphilides tuberculo-croûteuses sont réparties sur les téguments, en particulier à la face, au-dessus du sourcil gauche et à la queue du sourcil droit, à la narine gauche et au-dessus de la commissure labiale gauche; un tubercule ulcéré se voit sur la joue droite.

Au niveau du creux poplité et sur l'épaule droite, de grands placards de syphilides sont en pleine évolution.

On commence le traitement par l'anilarsinate de soude. Du 14 mai au 8 juin, la malade reçoit, en 7 injections, 4^{rs},75 du médicament.

Dès le 18 mai, les croûtes commencent à tomber et les tubercules à s'affaïsser.

Le 24, les périostoses ont disparu, ainsi que l'ulcération de la joue droite.

Le 28, on note l'amélioration de la plupart des lésions en même temps que la cicatrisation complète de l'ulcération de la commissure et de celle du creux poplité gauche.

Actuellement, au commencement de juillet, l'amélioration observée dès la fin de mai s'est notablement accrue d'une façon persistante et la malade reçoit une deuxième série d'injections que nous allons suspendre.

Obs. IV. — *Périostoses frontales*. N° 83, salle Bazin. — Accident primitif il y a 5 ans.

Vers le milieu de 1906, apparition de deux périostoses au niveau des bosses frontales; celle du côté droit est plus saillante.

Toutes deux sont douloureuses à la pression et, spontanément, le malade accuse des bourdonnements d'oreilles.

Entré le 17 mai 1907, il reçoit 3^{rs},75 d'anilarsinate de soude en 6 injections du 18 mai au 6 juin.

Après cette première série d'injections, le front est devenu notablement moins saillant; la périostose de la bosse frontale gauche a disparu; la pression n'est plus douloureuse; les maux de tête et les bourdonnements d'oreilles ont cessé. Le malade accuse une amélioration générale. Une nou-

velle série d'injections a été recommencée le 21 juin ; nous allons les cesser.

Ces faits mettent en évidence la puissance de la médication. On ne voit ni l'iodure, ni le mercure, amener des améliorations aussi rapides et considérables, et elles peuvent être durables, car la syphilide ulcéreuse traitée dans mon service il y a deux mois, par M. Salmon, chez une carcinomateuse n'a pas récidivé.

La cure arsenicale pourra-t-elle donner davantage ? Mise en œuvre au début de la maladie, ne peut-elle en diminuer la gravité ? Nous avons pratiqué, dans ce but, des injections de quelques centigrammes d'anilarsinate au voisinage du chancre ; nous n'avons pas encore pu apprécier les résultats de ces tentatives.

Malheureusement, comme nous y avons insisté à plusieurs reprises, cette thérapie entraîne des dangers ; nous évitons actuellement presque complètement les phénomènes d'intolérance gastro-intestinale ainsi que les troubles de la santé générale ; néanmoins, nous allons être encore plus circonspects : il résulte en effet de premières expériences faites par M. Fourneau que l'élimination du médicament par l'urine ne se fait que lentement, si toutefois elle est complète : il y a donc à redouter des accidents liés à l'accumulation du produit ; aussi ne pratiquerons-nous désormais qu'à une longue échéance de nouvelles séries d'injections.

M. BALZER. — J'ai obtenu, comme M. Hallopeau, de bons résultats en prescrivant l'atoxyl dans des cas de roséole intense, de syphilides papuleuses généralisées, de syphilide papuleuse hypertrophique et de syphilides tertiaires. J'administre ce médicament par la bouche, à la dose de 20 à 30 centigrammes par jour pendant une quinzaine de jours. Je n'ai observé qu'un cas d'intolérance, d'ailleurs sans gravité.

Je ne considère pas l'atoxyl comme supérieur au mercure dans le traitement de la syphilis ; mais je pense qu'il peut prendre une certaine place à côté du mercure et de l'iodure dans la thérapeutique de cette maladie et qu'il faut continuer son étude.

M. LENGLET. — Je suis frappé de la pigmentation des cicatrices chez les malades qu'on vient de présenter. C'est un des inconvénients de la thérapeutique arsenicale.

M. HALLOPEAU. — On observe fréquemment des pigmentations semblables chez des syphilitiques qui n'ont pas été traités par l'atoxyl. On n'est donc pas autorisé à mettre ces pigmentations sur le compte de ce produit.

M. LAFAY. — Je demanderai à M. Hallopeau si, chez ces malades qui sont de vieux syphilitiques, on a recherché le mercure dans l'urine. Cette question est importante. Il doit y avoir en effet, chez les malades traités antérieurement par le mercure, de vieux reliquats de mercure non utilisés et qui peuvent avoir une action. On voit, à Uriage et dans d'autres stations

minérales, des syphilitiques guérir sans traitement, simplement parce qu'ils utilisent le mercure antérieurement emmagasiné dans l'organisme.

Cette recherche permettrait en outre d'être certain que les malades ne prennent pas de mercure à l'insu du médecin traitant.

Enfin, dans certaines salles d'hôpital où de nombreux syphilitiques sont soumis à des frictions mercurielles, on a pu déceler la présence de mercure dans l'urine de malades qui ne prenaient pas trace de ce médicament.

J'ajouterai qu'il n'y a aucune différence, au point de vue chimique, entre le produit allemand et le produit français.

M HALLOPEAU. — J'ai employé l'atoxyl le plus souvent sur des malades n'ayant pas pris de mercure. D'ailleurs des reliquats mercuriels provenant d'un traitement antérieur ne suffiraient pas à guérir des lésions aussi graves que celles des malades que je viens de vous présenter.

Je maintiens que le produit français et le produit allemand ne donnent pas les mêmes résultats thérapeutiques; les troubles de la vue en particulier s'observent presque exclusivement chez les malades qui sont soignés avec le produit allemand; d'ailleurs les résultats des analyses pratiquées par M. Duret sont démonstratifs; ainsi que nous l'avons indiqué dans notre communication à l'Académie de médecine, le produit allemand a donné des réactions qui dénotaient la présence d'arsénites et d'arséniates libres, et par conséquent toxiques; il n'y a donc plus de doute possible à cet égard. Je suis convaincu que cette fabrication a été perfectionnée, mais il y a eu un stock à épuiser et les malades en ont gravement souffert.

M. Edm. FOURNIER. — Je n'ai pas d'expérience personnelle sur l'atoxyl, mais j'ai eu l'occasion de voir 3 malades soignés par l'atoxyl et à des âges différents de la syphilis, et en vérité ces 3 observations ne sont pas favorables à l'atoxyl.

La première de ces observations est relative à un malade anciennement spécifique que j'avais eu l'occasion de soigner à différentes reprises; mais que j'avais perdu de vue depuis 6 ou 8 mois. La semaine dernière ce malade est revenu, me disant ceci: « J'ai eu il y a plusieurs mois une chorio-rétinite pour laquelle j'ai été soumis à un traitement par l'atoxyl, et je viens vous retrouver aujourd'hui pour deux raisons :

La première, c'est que, durant mon traitement par l'atoxyl, j'ai été très malade : « malade à en mourir ».

La seconde, c'est qu'au dire d'un oculiste, mon affection oculaire ne va pas mieux. Veuillez donc recommencer votre ancien traitement par le mercure. »

La seconde observation est relative à un malade qui a subi, du chef d'un maître incontesté de cet hôpital, un traitement « abortif » par l'atoxyl. Or, malgré ce traitement abortif institué immédiatement après le chancre, j'ai pu constater chez ce malade, à l'échéance voulue, une roséole manifeste et des plaques muqueuses buccales aussi typiques que possible.

La troisième observation concerne un malade présentant des accidents tertiaires, manifestement améliorés durant le traitement d'atoxyl institué à cet hôpital. Malheureusement ce malade subissait, en même temps que l'atoxyl, un traitement par des frictions mercurielles.

Ces trois observations, ou mieux les deux premières de ces observations,

me semblent démontrer au moins l'insuffisance de l'atoxyl soit comme spécifique des accidents tardifs de la syphilis, soit comme spécifique abortif.

M. EUDLITZ. — Je n'ai pas d'expérience de l'atoxyl ; mais on sait depuis longtemps que l'arsenic peut améliorer et même guérir les syphilitiques. Barthélemy faisait des injections de cacodylate en même temps que des injections d'huile grise.

M. A. FOURNIER. — L'emploi de l'arsenic dans le traitement de la syphilis n'est pas nouveau. J'ai vu M. Ricord, en 1856, l'administrer couramment à ses malades ; et la liqueur de Donovan, si usitée autrefois, contient de l'iodure d'arsenic associé à un iodure double de mercure et de potassium.

M. Alex. RENAULT. — L'atoxyl a été essayé dans mon service par M. le Dr Salmon. Les résultats qu'il a obtenus jusqu'ici, ne m'ont pas paru très concluants. Aussi, je crois que M. Salmon s'est un peu trop hâté de les publier.

J'ai vu disparaître par l'a oxyl des roséoles et, assez promptement, une syphilide papuleuse. Mais cette dernière durait déjà depuis deux mois. Quant à la roséole, elle s'éteint spontanément, sans qu'on fasse aucun traitement.

Les effets du nouveau médicament sur les accidents tertiaires ne permettent pas davantage d'en tirer des conclusions fermes.

Bref, la médication par l'atoxyl demande encore de nouveaux essais ; on n'aura une opinion juste de son efficacité, qu'en comparant son action à celle du mercure sur des malades se trouvant autant que possible dans les mêmes conditions.

M. GAUCHER. — Il faut tenir compte, comme l'a dit M. Lafay, des réserves de mercure emmagasinées dans l'organisme des malades antérieurement traités. C'est ainsi qu'à Uriage, à la Bourboule, on voit des syphilitiques guérir sans traitement mercuriel, quand ils ont été soignés préalablement par le mercure.

Personnellement, je n'ai pas l'expérience de l'atoxyl. Mais je suis très frappé de la lettre que vient de publier M. Lassar et dont voici approximativement les termes : « Les journaux de la presse parisienne sont remplis des succès d'un nouveau produit arsenical : l'atoxyl. J'aurais pu réclamer la priorité de cette découverte ; je ne l'ai pas fait, parce que je considère que ce produit ne vaut rien du tout. »

M. LÉVY-BING. — Non seulement l'atoxyl n'agit pas toujours sur les manifestations syphilitiques, mais il peut donner lieu à de graves accidents.

Un malade, atteint d'une atrophie syphilitique du nerf optique droit, fut soumis à des injections d'atoxyl. Il présenta bientôt des signes d'intoxication : céphalée, vomissements, tendance à la syncope, et élévation de température qui atteignit jusqu'à 40°. Le sang de ce malade fut examiné plusieurs fois au cours de ce traitement et on constata une diminution progressive du nombre des globules blancs, du nombre des globules rouges et de la quantité d'hémoglobine. Malgré les injections, l'œil gauche se

prit à son tour. On suspendit alors l'usage de l'atoxyl et on fit des injections d'huile grise. Ces dernières injections améliorèrent les phénomènes oculaires, et l'examen du sang montra une augmentation progressive du nombre des globules blancs et des globules rouges.

M. de BEURMANN. — J'ai obtenu quelques bons résultats de l'atoxyl. et je pense qu'il peut être avantageusement employé chez les intolérants du mercure. Mais, en présence de tout accident syphilitique grave, il ne faut pas hésiter à recourir au mercure, dont l'efficacité n'est pas douteuse et dont il me semble qu'on n'a pas le droit de priver le malade.

M. HALLOPEAU. — Le fait rapporté par M. Lévy-Bing concerne un malade soigné avec le produit allemand; ce qui vient à l'appui de ce que j'ai dit sur la différence du produit allemand et du produit français.

M. Lassar administrait primitivement l'atoxyl à la dose de 0^{gr},20; puis, il l'a employé selon la méthode que je lui ai indiquée et il en a eu de bons résultats; je ne sais s'il a changé d'opinion.

Je ne rejette pas le mercure hors de la thérapeutique de la syphilis; mais je fais, au début de la maladie, deux séries d'injections d'atoxyl, à 15 jours d'intervalle; je laisse ensuite reposer un peu le malade et j'administre le mercure.

J'ajoute que, toutes les fois qu'il y a une infection associée, l'atoxyl ne produit pas de bons effets.

M. A. FOURNIER. — Je n'ai pas d'expérience personnelle de l'atoxyl; mais j'ai vu des malades soumis par des confrères à ce traitement et qui, vraiment, s'en sont bien mal trouvés.

Je n'ai pas osé essayer l'atoxyl pour plusieurs raisons, que voici : 1^o parce que je n'ai aucune raison de faire des infidélités au mercure, qui a quatre siècles d'expérience; 2^o à cause de la lettre de M. Lassar que vient de rap-peler M. Gaucher; 3^o à cause du mémoire même que M. Hallopeau a lu à l'Académie. Dans cet intéressant travail, que j'ai lu la plume en main, notre savant collègue énumère tant d'incidents et d'accidents survenus au cours de l'administration de l'atoxyl qu'il m'a détourné à jamais de ce remède.

M. HALLOPEAU. — Les accidents que j'ai relatés ont eu lieu au début de nos recherches, alors que nous étions à la période de tâtonnements. Mais depuis que j'emploie la méthode que j'ai indiquée, je n'en observe plus.

Un cas de lupus pernio symétrique des extrémités.

Par MM. DANLOS et BLANC.

Le nommé Bar..., âgé de 56 ans, mécanicien, entre en 1907, salle Bichat, lit n^o 18.

Aucun antécédent héréditaire ou personnel à signaler.

Bonne santé habituelle, mais habitudes d'alcoolisme.

Il y 4 ou 5 ans, le malade voit survenir pour la première fois des engelures aux mains et aux oreilles, peu douloureuses mais se fissurant rapidement.

Au mois de novembre dernier, l'affection débute par des démangeaisons vives au niveau des deux index avec coloration congestive qui s'étend graduellement pendant que les douleurs augmentent.

Actuellement, on constate sur la face dorsale des mains et des doigts une coloration rouge bleuâtre moins prononcée aux commissures, devenant livide à la pression, et surmontée d'une fine desquamation farineuse, fortement adhérente et surtout manifeste aux doigts. La surface est lisse, luisante, craquelée par places, avec une induration et un épaissement surtout notables aux phalanges. La lésion atteint aussi les faces latérales des doigts, mais à un degré moindre; la limite en est très nette. Sur le dos de la main et sur les faces latérales de l'index et de l'auriculaire, où elle empiète un peu sur la face palmaire à son niveau, il existe de petites surfaces rondes, légèrement surélevées et déprimées au centre. Ces mêmes éléments disséminés existent aussi sur la peau saine au voisinage de la limite, surtout à la main droite. Température de la lésion identique à celle de la peau saine. Les ongles sont intacts.

À l'entrée, le malade accusait des démangeaisons qui ont disparu, mais il persiste encore de la douleur à la pression, surtout au niveau des phalanges.

Au-dessus des coudes et des deux côtés, il existe de petites taches rouges, pointillées, rappelant le début de l'affection.

Le lobule du nez est rouge, violacé, parsemé d'un lacin variqueux assez développé; nombreux comédons cornés.

Sur le bord libre des oreilles, épaissement peu accusé, légèrement douloureux, violet presque noir, avec fine desquamation adhérente.

Rien aux membres inférieurs, orteils légèrement violacés, sans modification de température.

Cœur : légère arythmie.

Poumon : 0.

Foie : légèrement augmenté.

Urines : 0.

La nature de cette lésion, dans les conditions où elle s'est développée, ne saurait faire aucun doute. Les engelures préalables, la coloration livide de la rougeur, le développement symétrique sur les extrémités (mains, oreilles, nez) montrent, en toute évidence, qu'il s'agit d'une variété de lupus pernio. L'affection n'a de ressemblance réelle qu'avec l'érythème pellagrique, qui affecte le même siège mais qui s'en distingue, outre les conditions de son développement et de son évolution, par les caractères un peu différents de la lésion. Dans les deux cas, il existe bien de l'érythème dorsal des mains; mais dans la pellagre, la rougeur beaucoup plus vive au début se complique, dans les poussées ultérieures, de pigmentation et d'une apparente pelure d'oignon de la peau amincie qui n'existe pas dans le lupus. La desquamation dans la pellagre est aussi très différente;

enfin cette affection se complique localement d'atrophies qu'on ne voit pas dans le lupus et, à titre général, de symptômes nerveux et intestinaux sur lesquels il est inutile d'insister.

Cette forme de lupus pernio dérive manifestement du lupus érythémateux; il nous semble qu'elle doit être distinguée du lupus pernio avec déformation des doigts simulant des synovites fongueuses, forme dont elle se rapproche cependant par les engelures prolongées et récidivées qui la précèdent habituellement.

Un cas de lupus érythémateux et eau radifère.

Par MM. WICKHAM et DEGRAIS.

La jeune fille que nous vous présentons, atteinte de plusieurs placards de lupus érythémateux fixe depuis une année, a été traitée par le radium de deux façons différentes. Sur la joue gauche, existait un grand placard comme une pièce de cinq francs, légèrement surélevé, légèrement croûteux vers le centre; un autre petit placard sur le lobule du nez et sur la joue droite existaient trois autres petites nappes érythémateuses de la dimension d'une pièce de 50 centimes.

A gauche, sur la grande plaque et sur le nez, nous avons fait des applications directes de rayonnements issus des appareils habituels.

C'est un appareil ayant comme radiation extérieure l'activité 62000 et comportant 2 p. 100 de rayons α , 84 p. 100 de rayons β et 14 p. 100 de rayons γ , qui a été utilisé, 10 heures en tout, du 2 au 14 novembre 1906. De plus, sur quelques points rebelles, de petites séries d'application ont été faites en décembre avec un petit appareil plus faible. Le nez a été traité de la même façon.

A droite, sur les trois places ayant les dimensions d'une pièce de 50 centimes, nous avons fait usage d'injections intradermiques d'eau radifère. Les injections ont été faites en novembre, les 9, 12, 14, 16, 19, 21, 23, 26, 28 et 30.

Chaque fois, 8 à 10 gouttes étaient poussées dans les tissus lupiques. La solution employée était de un milligramme de bromure de radium pur pour 1 cent. cube d'eau. Chaque centimètre cube contenait donc un cent-millième de radium pur.

Voici les résultats qui ont été obtenus. A gauche, réaction très vive, destruction des tissus, évolution lente de la réparation. Le 16 janvier, la cicatrice de réfection était très belle. Nous pensions avoir un résultat définitif, car le 24 mai, lors d'une conférence, nous avons pu montrer la malade en parfait état de cicatrisation.

Mais voici qu'au 22 juin, une récidive s'est produite en plusieurs points de la périphérie de ces plaques de la joue gauche et du nez.

A droite, il n'y a pas eu de réaction visible, pas d'inflammation, ni de suppuration. Le 16 novembre, on a constaté comme une atté-

nuation de la couleur rouge du lupus. L'amélioration, la décoloration se sont peu à peu accentuées. Il s'est produit comme un retrait de ce lupus, comme une évolution vers la sclérose des tissus. Effectivement, le 16 janvier, les trois places, de rouge qu'elles étaient, sont devenues blanchâtres, comme cicatricielles; elles semblaient guéries. Le 24 mai cette apparence persiste.

Le 22 juin, nous constatons qu'au contraire de ce qui s'est passé pour les plaques de gauche traitées par le rayonnement des appareils, celles de droite, traitées par les injections n'ont donné lieu à aucune récurrence.

Certes, nous n'attachons pas plus d'importance qu'il ne convient à ce cas isolé, guéri depuis trop peu de temps, et la récurrence est là, qui guette.

Mais il est curieux de constater une plus grande résistance des cicatrices avec ces injections d'apparence si peu énergiques, non suivies de réaction, qu'avec des rayonnements puissants. Aussi bien les deux procédés sont-ils absolument différents. Le bromure de radium en solution met en liberté toute son émanation et ses rayons α , lesquels sont envoyés directement dans la profondeur des tissus, tandis que le vernis des appareils retient toute l'émanation ainsi que la presque totalité des rayons α .

Il se peut fort bien que nous n'ayons assisté là qu'à une circonstance fortuite; le lupus érythémateux est fort capricieux dans son évolution: aussi conviendrait-il d'entreprendre en séries (ce que nous ne sommes pas à même de faire) de telles expériences.

Ne pourrait-on les essayer à Saint-Louis? Comme ces solutions ne contiennent que des parcelles infinitésimales de radium, elles sont de portée facile.

Lupus érythémateux primitif de la muqueuse de la lèvre inférieure.

Par MM. BALZER et GALUP.

Depuis sa première mention par Bazin, en 1861, dans des leçons sur la scrofule, le lupus érythémateux des muqueuses a été généralement considéré comme une affection rare. Toutefois deux ordres de faits sont à envisager: tantôt le lupus érythémateux des muqueuses résulte de l'extension d'un lupus cutané et cette extension serait plus fréquente qu'on ne pense, s'il faut en croire Th. Smith, qui l'a observée 16 fois sur 56, soit dans une proportion de 28 p. 100 (Mucous membrane lesions in lupus erythematosus. *British Journal of Dermatol.*, février 1906); tantôt, au contraire, le lupus érythémateux des muqueuses est primitif et ceci, sans aucun doute, est tout à fait exceptionnel. Capelle, en effet (Contribution à l'étude du lupus érythémateux des muqueuses: *Thèse de Paris*, 1901), n'a pu recueillir que 9 observations

de cet ordre, les lésions, dans 5 seulement d'entre elles, ne s'étant pas secondairement propagées à la peau, mais étant restées localisées à leur siège primitif d'élection. Parmi ces dernières, nous rappellerons les cas de Feulard et de Vidal, publiés dans les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie* en 1889, celui de Vidal se trouvant en outre reproduit au Musée (moulage 1146). Depuis cette époque, d'autres cas semblables n'ont pas été présentés à la Société. Nous pouvons signaler encore le cas de M. Arndt, communiqué à la *Berliner dermatologische Gesellschaft*, séance du 1^{er} mars 1904, et publié dans le *Dermatologische Zeitschrift*. De passage à Paris, M. Arndt a vu notre cas et l'a reconnu de même nature que le sien.

En raison de cette rareté du lupus érythémateux primitif des muqueuses, il nous paraît intéressant d'en présenter un cas nouveau, qui siège, comme d'ailleurs la plupart de ceux que nous venons de rappeler, sur la muqueuse labiale.

Il s'agit d'une jeune femme de 23 ans, Maria B..., qui est venue nous consulter pour la première fois le 20 juin dernier.

Père mort asthmatique et peut-être tuberculeux. Mère atteinte d'une affection cardiaque. Deux sœurs, dont l'une depuis longtemps malade.

Fluxion de poitrine à 7 ans et demi. Fièvre typhoïde à 18 ans. Réglée depuis l'âge de 14 ans, mais toujours irrégulièrement. Mariée il y a 18 mois à un homme de faible complexion et de mauvais état général. A eu un enfant qui est mort à 3 mois et demi d'infection pyohémique, à la suite d'abcès du sein développés chez sa mère par l'allaitement.

Il y a 6 mois, cette jeune femme éprouve une légère sensation de gêne au niveau de la lèvre inférieure. A l'inspection, elle remarque une minime saillie blanchâtre qu'elle gratte et déchire avec la pointe d'une aiguille, ce qui aurait fait sourdre quelques gouttes d'un liquide séreux, clair. Quoi qu'il en soit, cette petite érosion, artificiellement créée, persiste sans modifications jusqu'à ces temps derniers ; depuis 15 jours au contraire, elle a beaucoup augmenté de dimensions et est devenue douloureuse. En même temps la malade a noté une rougeur et une induration de voisinage, qui jusque-là n'avaient que fort peu attiré son attention.

Aspect actuel des lésions. — Sur la muqueuse de la lèvre inférieure, un peu à droite de la ligne médiane, existe une zone allongée d'avant en arrière, de coloration blanc nacré, de surface lisse, d'aspect cicatriciel au centre. La muqueuse, autour de cette zone, est lisse, congestionnée, de coloration rouge sombre avec fin lacs de capillaires dilatés, coloration qui du reste se fond insensiblement avec celle des parties voisines. A droite, la zone cicatricielle est bordée par une érosion, étendue comme elle d'avant en arrière, longue d'un centimètre environ, large tout au plus de 2 millimètres, à fond légèrement jaunâtre. Dans son ensemble la lésion forme une saillie presque inappréciable, sauf à la loupe. A la palpation entre le pouce et l'index, on sent une infiltration du chorion, du reste assez peu marquée ; mais cette infiltration, la malade en accuse la sensation subjective très nette. Quelques douleurs à l'occasion de la mastication ; pas de douleurs à la pression.

Sur la muqueuse de la lèvre supérieure, près de la commissure gauche, l'examen révèle une seconde zone cicatricielle, mais beaucoup plus petite que la précédente, comme elle entourée d'une zone érythémateuse et présentant sur un de ses bords une minime érosion.

Ajoutons que les lésions siègent exclusivement sur la muqueuse labiale proprement dite et n'atteignent pas le bord libre des lèvres ; la bouche fermée, elles sont invisibles. Ce n'est pas le cas dans plusieurs des observations que nous avons rappelées plus haut.

État général. — Satisfaisant. A l'examen, nul signe de tuberculose pulmonaire ou autre.

Telle est cette lésion dont le diagnostic ne nous semble pas douteux, malgré l'absence de lésions cutanées. En faveur de ce diagnostic nous n'insisterons guère sur les antécédents, dans lesquels cependant il n'est pas impossible de suspecter, sinon d'affirmer, la tuberculose (le père mort probablement tuberculeux, le mari présentant un mauvais état général, la malade elle-même de tout temps réglée irrégulièrement) ; tout soupçon de syphilis au contraire doit être écarté. Il faut remarquer surtout les caractères mêmes de la lésion, avec sa zone centrale cicatricielle, sa zone périphérique érythémateuse et l'infiltration du chorum. Il est vrai que nous ne notons pas le liséré blanchâtre et quasi-leucoplasique, que les auteurs signalent le plus souvent en dehors de la zone érythémateuse et qui existait, par exemple, dans le cas de lupus érythémateux de la face et de la langue, présenté par M. Gaucher à l'avant-dernière séance de la Société ; mais ce signe n'a pas été donné comme constant. Il est vrai également que l'érosion en bordure de la zone cicatricielle n'est pas habituelle dans le lupus érythémateux, mais la possibilité de son existence est reconnue par les mêmes auteurs, en particulier par Capelle. N'oublions pas d'ailleurs que cette érosion a été artificiellement créée à l'origine par la malade.

Le cas sera traité par les rayons de Röntgen.

Chancres mixte et blennorrhagie de la région ano-rectale.

Par MM. BALZER et GALUP.

Élodie C..., âgée de 20 ans, domestique, est en traitement depuis 2 mois environ à l'hôpital Saint-Louis, salle Alibert.

Cette femme est entrée dans le service, souffrant de douleurs fort vives et saignant assez abondamment de la région anale pour avoir été, quelques jours auparavant, hospitalisée dans un service de chirurgie de Lariboisière, comme hémorroïdaire. A l'examen on note une forte suppuration de la région anale, dont la muqueuse est rouge et enflammée, aussi haut qu'on puisse l'examiner. Entre les plis apparaît en outre, du côté gauche, un chancre mou, typique, en feuillet, de dimensions assez considérables. D'autres

chancres mous s'observent sur les grandes lèvres qui sont tuméfiées et violacées. L'examen du pus révèle plusieurs fois la présence abondante de bacilles de Ducrey et de gonocoques. La malade est traitée par des injections au permanganate et des pansements à l'iodoforme. Au bout de quelques jours la suppuration blennorrhagique se tarit et les chancres vulvaires se cicatrisent. Mais, vers le 15^e jour, les caractères du chancre anal se modifient ; il s'indure, sa surface devient plus rouge. Des examens répétés ne nous permettent pas cependant de mettre en évidence le *treponema pallidum*. Mais depuis quelques jours se sont développées sur tout le corps des syphilides papulo-squameuses caractéristiques, qui ont montré que la région ano-rectale avait été le siège d'une triple infection gonococcique, chancrelleuse et syphilitique.

M. A FOURNIER. — Dans un récent travail, M. le Dr Brunswic Le Bihan déclare observer fréquemment à l'hôpital Sadiki la blennorrhagie rectale chez les femmes de Tunis, et il a souvent trouvé le gonocoque dans l'écoulement.

Dégénérescence kystique régionale des glandes sébacées.

Par MM. BALZER et GALUP.

La malade qui fait le sujet de cette communication, Lucie B..., âgée de 31 ans, buandière, a été présentée par nous à la dernière séance de la Société. Mais, à ce moment, nous n'avions pas eu le temps de l'examiner avec grand soin, l'ayant vue la veille pour la première fois. Depuis lors, un moulage de la dermatose dont elle est atteinte a été exécuté par M. Baretta pour le Musée.

Cette dermatose se présente sous l'aspect d'un véritable semis de petits éléments kystiques, qui occupent une partie étendue de la région thoracique et sont apparus, il y a *sept ans*, à la suite d'une éruption de furonculose de la même région. Depuis cette époque leurs caractères ne se sont guère modifiés, mais l'affection n'a pas cessé de progresser.

La topographie exacte de la dermatose est la suivante : à la région dorsale, où elle est apparue en premier lieu au dire de la malade, elle s'étend en hauteur depuis le niveau de la 7^e vertèbre cervicale jusqu'à la taille, en largeur du bord spinal de l'une des omoplates au bord spinal de l'autre ; les fosses sus et sous-épineuses sont à peu près respectées. De la région thoracique antérieure elle n'occupe que la partie supérieure, s'étendant sur une hauteur de 4 travers de doigt au-dessous de la clavicule, et en largeur d'une ligne axillaire antérieure à l'autre ; les régions sous-claviculaires présentent le maximum des lésions, la région sternale quelques éléments disséminés seulement. Sur le cou on en observe également quelques-uns, mais très rares, et de moins en moins saillants, à mesure qu'on considère un point plus élevé.

Les éléments sont disposés sans symétrie, se touchant par leur périphérie en certains points, séparés en d'autres par une distance de quelques milli-

mètres. Ils présentent des aspects variables. La plupart constituent de petites saillies arrondies, enchâssées dans l'épiderme, ne dépassant guère les dimensions d'une tête d'épingle ou d'un grain de mil ; de ces saillies les unes sont jaunâtres et opaques, ressemblant assez exactement à des granulations de milium, mais s'en distinguant par leur consistance qui n'est pas dure, et par l'existence à leur sommet d'un petit orifice ; sur certaines, il est vrai, cet orifice est obstrué et ne peut être reconnu même à la loupe, mais par la pression on fait sourdre assez facilement le contenu de l'élément, contenu qui est d'apparence mélicérique. Sur quelques-unes cet orifice forme un point noirâtre, comme sur un comédon ; d'autres saillies ont l'aspect vésiculeux et même transparent des sudamina, mais même dans ce cas l'ouverture n'en fait échapper aucun liquide, mais seulement du sébum ; d'autres enfin sont modifiées par des inflammations secondaires, présentant alors une zone périphérique rouge et une croûte à leur sommet. A côté de ces éléments en saillie, signalons-en qui sont enchâssés dans le derme et qu'on voit par transparence au-dessous des couches épidermiques.

La peau qui sépare les éléments est de coloration normale, mais la présence à son niveau d'orifices glandulaires anormalement dilatés permet de supposer que même les glandes non kystiques ne sont pas absolument saines. Les lésions ne sont nullement prurigineuses.

L'aspect que nous venons de décrire, bien qu'assez polymorphe, est nettement celui des kystes sébacés.

L'examen histologique du contenu des éléments a confirmé ce diagnostic. Dans la plupart d'entre eux on trouve en effet du sébum pur, avec cellules épidermiques, graisse, cristaux d'acides gras ; dans les éléments enflammés on reconnaît des gros globules de pus et des leucocytes. Malheureusement la malade a refusé de laisser exciser un petit fragment de peau pour l'examen histologique.

Depuis que nous observons cette malade, nous avons eu l'occasion de voir un cas très analogue chez un jeune homme qui malheureusement n'a pas reparu à la consultation. L'affection occupait le même siège, et dans une aussi grande étendue, mais les kystes étaient plus intradermiques, moins superficiels et saillants, sans l'apparence de sudamina et aussi sans les lésions inflammatoires remarquées dans le premier cas. Chez ce jeune homme, l'affection tendait à gagner le cou et à remonter jusqu'aux oreilles. Nous avons vu chez un autre sujet, observé en ville, cette formation des kystes tendre à se généraliser et à envahir presque tout le système des glandes sébacées.

On sait que les kystes sébacés se montrent partout où il y a des follicules pilo-sébacés, mais surtout dans les régions dites séborrhéiques et qu'ils se développent dans le canal de ces glandes, et non dans leurs acini (1). Dans le cas que nous rapportons les tumeurs kystiques nous ont paru dépendre manifestement d'une affection de tout le

(1) V. DARIER. *Pratique dermatologique*. Art. Tumeurs de la peau, p. 657 et suiv.

système sébacé des régions dorso-pectorales supérieures. Nous avons employé le terme de Dégénérescence kystique régionale des glandes sébacées pour exprimer qu'il s'agit ici, non de simples tumeurs kystiques disséminées, mais d'une affection envahissante, à évolution progressive, qui a transformé en quelques années tout le système des glandes sébacées de la région atteinte. Cet envahissement de certaines régions déterminées n'appartient pas seulement aux kystes par rétention, mais aussi à une autre variété de tumeurs des appareils pilo-sébacés, le milium, qui se développe parfois rapidement en éléments nombreux dans une région limitée. Mais le milium n'a jamais une tendance aussi envahissante que celle que nous observons pour les kystes sébacés.

Tuberculose linguale.

Par M. MORESTIN.

Le traitement le plus expéditif, le moins douloureux, le plus simple et le plus sûr d'une ulcération tuberculeuse de la langue de petites dimensions et aisément accessible, chez un sujet non cachectique, est sans aucun doute l'extirpation suivie de réunion immédiate. Ces malades n'ont peut-être pas grand avenir, emportés qu'ils sont souvent par la tuberculose pulmonaire. Cependant, quoi qu'il puisse survenir par la suite, l'intervention leur rend toujours des services locaux, les délivre d'un foyer douloureux, appelé à s'étendre rapidement et qui constitue à lui seul une grave menace. Quand donc la lésion est enlevable, il ne faut pas hésiter à en faire l'ablation large — elle doit être large, pour n'être pas inutile — suivie de réunion immédiate. Appliquée à des ulcérations encore peu étendues, occupant la face dorsale, la pointe ou les bords de la langue, en un mot toute la partie antérieure au V lingual, cette formule est aisément réalisable, sans qu'il soit nécessaire de recourir à l'anesthésie générale. C'est ce que j'ai fait chez une malade que M. Danlos a bien voulu me confier et que je vous présente aujourd'hui guérie.

M^{me} Joub..., âgée de 45 ans, a été opérée le 1^{er} juin dernier. Elle portait sur la face dorsale de la langue, à égale distance de la pointe et du V lingual, une ulcération dont le milieu répondait à la ligne médiane. Cette ulcération, qui évoluait depuis un mois environ, était comparable en étendue à l'ongle du petit doigt. Sa forme assez irrégulière rappelait un peu celle d'un λ. Une frange jaunâtre serpentait le long des bords sinueux, lors de notre premier examen. Au bout de quelques jours ce liséré sphacélique était tombé, laissant voir le bord très découpé d'un rouge vif, et le fond très inégal. Les bords étaient souples, indolents au toucher, légèrement décollés. L'ulcération ne reposait pas sur une base indurée. Autour d'elle une sorte d'auréole d'un rouge vif. Aucun point jaune dans le voisinage.

Pas d'engorgement ganglionnaire. La malade peut parler et même manger sans souffrance.

Je pensai d'autant plus volontiers à une tuberculose que la malade avait été atteinte autrefois d'une lésion chronique du pied gauche, ayant laissé une claudication permanente, lésion qui, selon toute apparence, avait dû être une tumeur blanche du tarse, qu'elle avait eu à diverses reprises des bronchites suspectes, qu'elle présentait enfin au-devant du genou gauche un hygroma qui ne semblait pas en rapport avec des frottements habituels, attendu qu'en raison de l'affection du pied du même côté, le membre inférieur gauche reste pour ainsi dire inutilisé.

Je fis à la cocaïne l'ablation des tissus altérés, passant à distance des bords, et enfonçant le bistouri à bonne profondeur pour enlever autant que possible la lésion tout entière et ses environs suspects, et par surcroît une certaine épaisseur de tissus sains. Ce ne fut ni long, ni difficile, ni émouvant, en raison des faibles dimensions de l'ulcère. Je fis la réunion immédiate à l'aide d'une série de fils de soie échelonnés sur la ligne médiane.

Ces fils furent retirés le 6 juin. La malade est rentrée chez elle le 13 juin, bien guérie.

L'examen histologique a été pratiqué, dans le laboratoire de M. Cornil, par M. Lefas dont les préparations ont été soumises au contrôle de M. Cornil. L'interprétation des coupes ne prête aucunement au doute, car il s'agit d'une tuberculose des plus typiques, avec cellules géantes et follicules tuberculeux d'une netteté et d'une abondance extrêmes.

Rhinophyma traité par l'abrasion modelante.

Par M. MORESTIN.

Voici un nouveau cas de rhinophyma traité opératoirement. L'abrasion modelante appliquée à l'acné hypertrophique doit, entre des mains soigneuses, fournir des succès constants. L'intervention est simple, méthodique et j'ose même dire facile. Il suffit de peler le nez, de le tailler avec le bistouri, en enlevant sans se soucier de l'hémorrhagie, abondante mais facile à réprimer par la compression, les masses formées par la peau épaissie et les glandes sébacées énormes. Pensée aseptiquement et régulièrement, la plaie se répare spontanément, et le résultat final est la formation d'une cicatrice unie et lisse n'offrant rien de disgracieux. C'est ce que vous pouvez voir sur la malade que je vous présente. Elle m'a été adressée par M. Gaucher le 11 avril. Je l'ai opérée le 16 avril. La cicatrisation a été relativement lente, car elle a nécessité plus de 2 mois pour être complète. Le résultat est parfait, et la forme actuelle du nez contraste avantageusement avec la difformité d'autrefois.

L'acné hypertrophique est relativement rare chez la femme. L'indi-

cation opératoire n'en est que plus nette quand la maladie se rencontre dans ce sexe, la difformité paraissant plus choquante, plus ridicule encore que dans le sexe laid, et supportée d'ailleurs avec moins de résignation.

M. GAUCHER. — Il est très important, dans ces opérations, de ne pas avoir de cicatrices. J'ai demandé à M. Morestin comment il obtenait de si beaux résultats et je tiens à vous signaler sa réponse: « C'est, m'a-t-il dit, en faisant très soigneusement moi-même tous les pansements ».

Cancer de la verge.

Par M. MORESTIN.

Rodolphe S... m'a été adressé par M. Danlos, qui vous l'a déjà présenté et qui a fait faire un moulage de sa verge destiné au Musée de l'hôpital Saint-Louis.

S..., âgé de 46 ans, est porteur d'une lésion de la verge, dont le début, nous dit-il, remonte à 6 ans. Il aurait eu un lupus de la verge, sur lequel se serait développée secondairement la maladie actuelle. Il est impossible de repousser complètement cette version et encore moins de l'accepter, attendu qu'à l'heure actuelle il n'existe aucune trace de lupus et que toutes les parties atteintes de la verge présentent avec une netteté parfaite tous les caractères de l'épithélioma. La partie antérieure de la verge s'épanouissait en un volumineux chou-fleur suintant et très fétide. L'orifice de l'urèthre était introuvable. A peine pouvait-on reconnaître, à droite, une partie de la surface du gland. Partout ailleurs, de grosses masses végétantes formées de bourgeons rouges ou grisâtres. En plusieurs points, au niveau des débris du prépuce et sur le fourreau de la verge, on aperçoit des ulcérations arrondies, cratériformes, dont la surface est couverte de bourgeons sanieux. Le fourreau était ainsi envahi dans plus de moitié de son étendue. Pas de ganglions perceptibles à la palpation, ni dans l'une ni dans l'autre aine. État général assez bon. Le malade n'éprouve pas de gêne de la miction. Il est de règle, d'ailleurs, dans ces cancers que l'urèthre soit très longtemps respecté. Il faut croire que l'évolution de la lésion a été à peu près indolente pour que le malade ait laissé les choses en arriver là. Il est impossible, dans la situation où il se trouve, de tenter une opération économique, et l'amputation s'impose. Le malade s'y résigne, et je pratique l'opération le 8 mai.

Je commence par l'évidement des deux aines, dont j'extirpe en bloc tout le tissu adipeux avec les ganglions. Puis, le pénis est amputé immédiatement au-devant des bourses. J'ai soin, comme je le fais toujours, de sectionner l'urèthre à un centimètre au-devant des corps caverneux, de le débrider en bas. Pour assurer l'hémostase, je suture l'une à l'autre les tranches de section des deux corps caverneux, après avoir lié leurs artères centrales et les dorsales de la verge. Puis la peau est suturée selon une ligne verticale, l'urèthre étant fixé, à droite et à gauche, aux lèvres cutanées correspondantes.

Les suites sont bonnes, à cela près que les plaies inguinales, en dépit des précautions prises, s'infectent et suppurent. Il est nécessaire d'en désunir les bords et de les laisser se réparer secondairement. Cette réparation s'effectue très régulièrement, mais avec une certaine lenteur. Il a fallu six semaines pour que la cicatrisation fût parachevée. Du côté de la verge, la réunion primitive a été obtenue. Le nouveau méat fonctionne à merveille et n'offre aucune tendance à la coarctation. L'état général, qui était passable avant l'opération, est devenu merveilleux. Le sujet a beaucoup engraisé et sa mine est florissante.

L'examen histologique a été fait par M. Lefas, qui m'a remis la note suivante : « Épithélioma pavimenteux lobulé et tubulé par places. Les globes cornés ne sont pas typiques : les noyaux des cellules y persistent en partie ; les cellules du centre des lobules sont œdémateuses. Les ganglions inguinaux sont normaux et sans lésions à l'examen histologique. »

Sur la présence de corpuscules très fins et leur action pathogène dans le molluscum contagiosum de l'homme.

Par MM. GASTOU et LIPSCHÜTZ.

M. Gastou montre au nom du Dr Lipschütz, assistant de M. le professeur Ehrmann, de Vienne, des préparations de frottis du contenu d'un molluscum contagiosum et des coupes de ce molluscum, colorées par la méthode de Loeffler.

Dans les frottis, comme dans les cellules des coupes, on aperçoit des corpuscules extrêmement ténus et très nombreux.

M. Lipschütz, dans 14 cas, a trouvé des éléments analogues, rencontrés d'ailleurs également par M. Borrel à l'Institut Pasteur dans le molluscum contagiosum des oiseaux.

Pour essayer de prouver l'action pathogène de ces corpuscules, M. Lipschütz s'est fait inoculer en deux points du bras droit, par M. Gastou, le contenu d'un grain de molluscum non encore ouvert.

Note sur le diagnostic des blastomycoses. De la nécessité des cultures pour le diagnostic des mycoses cutanées.

Par MM. GASTOU et BOGOLEPOFF.

De récentes communications faites à la Société de Dermatologie et dans diverses sociétés savantes à propos de la sporotrichose cutanée ont montré la nécessité des cultures pour le diagnostic de cette affection (De Beurmann et Gougerot).

En général, il en est de même pour toutes les mycoses cutanées.

Elle a toute liberté pour s'adjoindre les personnes dont elle jugera utile de connaître l'opinion.

Le Secrétaire :

L. BRODIER.

Le Gerant : PIERRE AUGER.

SEANCE DU 7 NOVEMBRE 1907

Présidence de M. Alfred Fournier.

SOMMAIRE. — Nécrologie. — Ouvrages offerts à la Société. — Correspondance imprimée. — A propos du procès-verbal : Nouvelles notes sur l'atoxyl, par M. HALLOPEAU. (Discussion : M. FOURNIER.) — Sur un cas de mycosis fongioïde avec lésions eczématoïdiformes ; régression des néoplasies après une ménorrhagie, par MM. HALLOPEAU et AINE. (Discussion : MM. de BEURMANN, DANLOS, LENGLET.) — Sur un cas de glossopathie fissuraire survenue deux mois après l'apparition du chancre, par MM. HALLOPEAU et RAILLIET. — Sur un chancre de la paupière inférieure, par MM. HALLOPEAU et RAILLIET. — Traitement de la séborrhée du cuir chevelu par le tétrachlorure de carbone soufré de M. DURET et considérations sur la pathogénie de cette hypersécrétion ainsi que des affections qui lui font suite, par M. HALLOPEAU. — Nouvelle seringue à injection d'huile grise de M. HORAND, par M. HALLOPEAU (Discussion : MM. LÉVY-BING, HALLOPEAU.) — Pityriasis rubra pilaire ; ophtalmo-réaction négative, par MM. COURTELLEMENT et GASTOU. (Discussion : MM. de BEURMANN, MILIAN.) — Chancre syphilitique du thorax, par MM. GAUCHER et BORY. — Adipose douloureuse et paralysie pseudo-bulbaire, par MM. GAUCHER et NATHAN. — Exception à la loi de Colles-Baumes. Contamination d'une mère par son enfant hérédo-syphilitique, par M. GAUCHER. (Discussion : M. FOURNIER.) — Épidermolyse bulleuse dystrophique, par MM. BRODIER et MILIAN. — Une nouvelle préparation de calomel injectable, par MM. EUDLITZ, LAFAY et LEVY-BING. (Discussion : MM. FOURNIER, LÉVY-BING, EUDLITZ, MILIAN.) — Leucoplasie linguale très étendue traitée par l'extirpation, par M. MORESTIN. (Discussion : MM. GAUCHER, FOURNIER.) — Cheiloplastie par destruction de la lèvre supérieure par syphilis tertiaire. Greffe d'une moustache, par M. MORESTIN. — Mutilation syphilitique du nez et de la lèvre supérieure. Atrophie des narines et de l'orifice buccal. Opérations réparatrices diverses. Rhinoplastie, par M. MORESTIN. — Cancer sur un lupus de la face. Extirpation. Greffes dermo-épidermiques, par M. MORESTIN. — Ophtalmo-réaction et cuti-réaction tuberculeuse en dermatologie ; lupus tuberculeux et lupus érythémateux, par MM. de BEURMANN et GOUGEROT. (Discussion : MM. GAUCHER, de BEURMANN, LENGLET.) — Deux plaques symétriques d'atrophie cutanée antibrachiale, par MM. DANLOS et BLANC. — Deux cas de syphilis secondaire chez des malades atteints de glossite exfoliatrice marginée avec langue scrotale, par MM. DANLOS et BLANC. (Discussion : MM. FOURNIER, GAUCHER, DANLOS.) — Quatre nouveaux cas de pellagre observés à Alger. Traitement par l'atoxyl, par M. BRAULT. — Quelques cas de lèpre tuberculeuse traités par l'atoxyl, par M. BRAULT. — Note à propos de l'ophtalmo-réaction chez les lépreux, par M. BRAULT.

Nécrologie.

M. A. FOURNIER. — Nous avons eu la douleur, ces vacances dernières, de perdre notre très distingué, très estimé, très aimé Président d'honneur, le Dr Doyon.

Doyon a succombé subitement, le 21 septembre dernier. En dépit de son grand âge (80 ans), il conservait l'intégrité de ses forces, de son intelligence et de ses qualités morales. Littéralement il est mort debout, ayant accompli jusqu'à son dernier jour les multiples, fatigantes et méritoires obligations du praticien.

Il appartiendra à notre secrétaire général de nous dire quel fut Doyon comme homme, comme médecin et comme savant. Je n'ai pour aujourd'hui qu'à le saluer, au nom de notre Société, de l'adieu suprême.

Pour les membres de notre Société deux traits caractériseront et conserveront le souvenir de Doyon.

En premier lieu ce fut parmi nous le père de la presse dermatologique. Il eut le mérite, le grand mérite de fonder non pas le premier journal de dermatologie, mais le premier journal dermatologique *qui ait vécu*, qui ait vécu grâce au labeur et à la persévérance de son Directeur, le premier journal dermatologique qui ait surmonté l'indifférence quasi-générale, disons même la défiance de quelques-uns contre ce qu'on appelait, à une époque déjà lointaine de la nôtre, les spécialités et les spécialistes. Fondé en 1868, le Journal de Doyon n'est autre que celui qui, par la force des choses, prospère aujourd'hui, devenu qu'il est notre instrument de travail, notre indispensable source de documentation.

D'autre part, Doyon a été l'introducteur parmi nous et le vulgarisateur de la dermatologie et de la syphiligraphie étrangères, de la grande École de Vienne principalement. C'est à lui que nous devons les traductions d'Hébra, de Kaposi, de Neisser, d'Auspitz, de Finger, etc. C'est lui qui a analysé, commenté pour nos Annales, depuis 40 ans, d'innombrables productions de la science d'outre-Rhin.

Est-ce assez dire qu'à ce double titre il a bien mérité de la dermatologie et de la syphiligraphie?

Aussi suis-je bien certain, Messieurs, d'être ici l'interprète de tous les membres de notre Société en adressant de votre part à la famille de notre cher Président d'honneur, le Dr Doyon, l'hommage de nos plus vives condoléances.

En votre nom j'offre à la mémoire de Doyon l'admiration, l'estime, le respect de tous — et qu'il me soit permis d'y ajouter les larmes de quelques-uns.

Ouvrages offerts à la Société.

M. FOURNIER. — J'ai l'honneur d'offrir à la Société un opuscule récent, ayant pour titre : *Pour en guérir*.

J'ai essayé d'établir dans ce livre quelques propositions que je crois neuves, notamment la suivante :

Que la grande poussée de parasymphilis se produit généralement de la 6^e à la 10^e année de la maladie, et, conséquemment, qu'il ne serait peut-être pas sans utilité de la combattre par quelques cures préventives auxquelles j'ai donné le nom de *cures de renforcement*.

J'ai l'honneur d'offrir à la Société un volume ayant pour titre :

UNNA. — Thérapeutique des maladies de la peau. — Traduction par MM. Doyon et Spillmann. Paris, 1908.

Correspondance imprimée.

HERXHEIMER UND HUBNER. — 10 fälle von Mycosis fungoides mit Bemerkungen über die Histologie und Röntgentherapie. — Extr.: *Archiv für Dermatologie*, 1907.

HERXHEIMER. — Einige Bemerkungen zur Röntgentherapie der Hautcarcinom. Extr.: *Zeitschr. für Krebsforschung*, 1907.

HERXHEIMER. — Über lues maligna und Spirochete pallida. Extr.: *Verhandlungen der deutsche Dermatologie*. Berlin, 1907.

HUBNER. — Neue arbeiten über die Spirochete pallida. Ext.: *Dermatol. Zeitschr.*, 1907.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

Nouvelles notes sur l'atoxyl.

Par M. H. HALLOPFAU.

Nous nous sommes efforcé d'établir par des preuves diverses que l'atoxyl allemand s'est montré maintes fois plus toxique que l'atoxyl français. Parmi elles, nous avons invoqué la constatation de produits altérés dans un échantillon fourni à M. Duret par la maison allemande; on nous a objecté que ce chimiste aurait commis une faute de préparation en chauffant le produit; il résulte des renseignements qu'il a bien voulu nous fournir que ce reproche n'est pas fondé; voici en effet comment il a procédé: il a mis, sans chauffer, l'atoxyl suspect en présence d'une solution de nitrate d'argent et constaté qu'il se formait un précipité rougeâtre caractérisant l'arséniate libre.

Autres faits. Dans notre communication récente au Congrès français de médecine, nous avons cité un fait en faveur d'une action abortive de l'atoxyl sur la syphilis: il s'agit d'un malade des plus intelligents et attentifs qui, après avoir subi un traitement par l'atoxyl d'un chancre induré datant de 3 semaines, avec adénopathies, n'a pas vu paraître, depuis 5 mois, d'accidents secondaires. Il est possible cependant qu'il n'y ait là qu'un retard. L'observation suivante, recueillie par M. Ainc à notre consultation, nous en donne le témoignage.

Le nommé X..., âgé de 22 ans, étudiant en pharmacie, contracte un

chancre à la partie interne et inférieure du prépuce, au commencement (10 au 12) de mai 1907. Dès le diagnostic posé, le malade est soumis par nous au traitement par l'atoxyl ; il prend à la fin de chacun des trois repas, 25 centigrammes d'atoxyl, d'abord tous les jours pendant une semaine, puis tous les 2 jours pendant la deuxième semaine. Le chancre est alors cicatrisé, et le malade cesse tout traitement. S'observant minutieusement, il ne note aucun accident pendant quatre mois ; c'est seulement vers le 10 ou 12 septembre, qu'apparaît une roséole généralisée, pâle, avec manifestation buccale ; il prend alors de l'atoxyl aux mêmes doses que précédemment pendant 4 ou 5 jours. La roséole disparaît, ainsi que les plaques muqueuses buccales : elles n'ont duré que 8 jours. De petites plaques ont apparu de nouveau il y a une semaine sur les piliers du voile. Le malade a repris de l'atoxyl pendant 4 jours. Ce médicament a été bien toléré par l'estomac ; au bout du 3^e ou 4^e jour, il s'est produit une douleur intense au niveau du rebord des fausses côtes droites, continue avec exaspération et oppression et parfois une diarrhée légère ; ces accidents ont été passagers. Il ressort de nouveau de ce fait que l'atoxyl exerce une action puissante sur le tréponème et que, donné à doses élevées, il peut enrayer le développement de la maladie, en retarder les manifestations et en atténuer l'intensité.

M. A. FOURNIER. — En quoi ce malade a-t-il été amélioré de sa syphilis ?

M. HALLOPEAU. — Cette syphilis a été modifiée, car elle a été excessivement bénigne et retardée dans son évolution.

M. A. FOURNIER. — Qu'est-ce que cela démontre en ce qui concerne le point de savoir ce que sera cette syphilis dans 20 ans ?

**Sur un cas de mycosis fongicide avec lésions eczématiformes ;
régression des néoplasies après une ménorrhagie.**

Par MM. HALLOPEAU et AINÉ.

Ce cas de mycosis est le 36^e qu'il est donné à l'un de nous d'observer depuis son entrée à l'hôpital Saint-Louis, il y aura bientôt 24 ans. Tous ont été publiés et l'on peut s'assurer que chacun a présenté quelque particularité digne d'intérêt ; il en est ainsi de cette malade dont l'observation peut être résumée ainsi qu'il suit :

La nommée V..., âgée de 41 ans, salle Lugol, lit n° 7. — Cette malade ne présente aucun *antécédent* digne d'être noté. Elle est entrée à Saint-Louis le 30 septembre 1907 pour des affections cutanées dont le début remontait à un mois. Il s'est agi d'abord d'une éruption généralisée, qu'un médecin considéra comme une urticaire. Cette éruption disparut rapidement pour faire place à celle qui existe aujourd'hui.

Au moment de l'entrée de V..., sa dermatose présente surtout, dans son ensemble, les caractères d'un eczéma papulo-vésiculeux.

Les lésions siègent aux membres inférieurs ; la jambe droite est peu

touchée ; on voit seulement quelques placards sur sa face interne ; ils descendent jusqu'à la malléole.

Du côté gauche, on trouve un placard isolé à la face interne de la cuisse ; il mesure environ 15 centimètres de largeur.

Les lésions principales siègent à la jambe ; elles s'étendent sur toute sa hauteur et tout son pourtour. Sur un fond rougeâtre, on aperçoit des éléments papulo-vésiculeux disséminés, modérément suintants, avec des traces de grattage et des excoriations superficielles ; ils sont accompagnés, par places, d'altérations d'aspect particulier : ce sont des plaques arrondies, un peu surélevées, siégeant, l'une à la partie supérieure de la face interne de la jambe, une autre à la même hauteur sur sa face externe, deux autres à sa partie inférieure ; ces plaques, arrondies et un peu saillantes, ont des contours mal dessinés ; leur coloration est rougeâtre, plus vive que le reste de la lésion ; leur aspect humide et brillant. Ces plaques firent penser, quelques jours après l'entrée de la malade à l'hôpital, à un mycosis, et ce diagnostic fut confirmé par l'examen histologique de M. Gastou.

Les lésions sont le siège d'un prurit intense, dont la malade se plaint vivement. Plusieurs ganglions inguinaux sont tuméfiés. Les membres inférieurs sont le siège de volumineuses dilatations variqueuses. L'examen général ne révèle rien de particulier.

Pendant le séjour de la malade à l'hôpital, les lésions de mycosis se confirment ; le 20 octobre, on trouve deux tumeurs, l'une au-dessus de l'autre, à la partie supérieure de la face interne de la jambe, deux autres à la face externe au même niveau. Au voisinage de chaque malléole se sont développées également deux tumeurs. Quelques éléments du début se sont affaîssés et ont presque disparu sans évoluer en tumeurs véritables. Les néoplasies actuelles ont en moyenne de 2 à 3 centimètres de diamètre ; leurs bords se confondent insensiblement avec le tissu voisin ; surélevés de quelques millimètres, ils conduisent vers une partie centrale déprimée et d'aspect ulcéreux. L'ensemble est d'un rouge vif, d'apparence luisante et humide. Quelques-unes de ces tumeurs sont plus saillantes mais non ulcérées.

Vers la même date, on note à la partie supérieure de la région fessière droite une ulcération superficielle à fond rougeâtre et suintant, irrégulière.

27 octobre. — Après un retard de règles de plusieurs jours, la malade a eu une hémorragie très abondante.

Le lendemain, on note une amélioration surprenante des lésions eczématiformes des deux membres inférieurs, avec diminution du prurit et affaîssement notable d'une partie des tumeurs mycosiques ; d'autres sont restées stationnaires. Un traitement par le radium est commencé le 31 octobre.

5 novembre. — Il n'y a eu qu'une application de radium le 31 octobre. L'amélioration, déjà commencée avant ce traitement, se continue spontanément.

Déjà, les lésions eczématiformes se sont considérablement atténuées ; quant aux tumeurs mycosiques, elles ont en partie disparu ; actuellement il n'en reste que trois, en voie d'affaîssement. Le prurit est beaucoup moins intense.

Deux biopsies ont été faites le 28 octobre et étudiées par M. Rubens Duval.

Un fragment a été prélevé sur une tumeur siégeant à la malléole interne gauche, l'autre fragment, sur un placard d'aspect eczémateux situé à la face externe de la jambe gauche.

Pièces fixées à l'iodo-chlorure de mercure de Dominici ; inclusion à la paraffine. Colorations diverses, notamment à l'éosine orange et bleu de toluidine.

1° Biopsie concernant la tumeur de la malléole interne. — L'examen de la pièce montre des lésions typiques du mycosis fongoïde.

A un faible grossissement, on constate l'hypertrophie et l'allongement des cônes interpapillaires de l'épiderme contrastant avec l'amincissement des parties planes du revêtement épithélial. Corrélativement à l'hypertrophie des cônes interpapillaires, on note l'allongement et l'augmentation dans toutes leurs dimensions des papilles du corps réticulaire. Le corps réticulaire présente une infiltration cellulaire abondante. Le *derme*, dont la structure générale est conservée, montre des flots inflammatoires disposés pour la plupart autour des vaisseaux sanguins.

A l'immersion, l'infiltration du corps papillaire est composite ; dans les mailles du tissu conjonctif distendu par l'œdème, on constate l'existence d'un nombre considérable de cellules appartenant à des types variés. Ce sont des leucocytes polynucléaires, avec prédominance des polynucléaires éosinophiles ; les mononucléaires sont plus nombreux encore, et parmi eux surtout les lymphocytes subissant la transformation en plasmazellen. Les capillaires lymphatiques sont distendus et renferment des lymphocytes en grand nombre. Au niveau du derme, les foyers périvasculaires se montrent constitués par du tissu conjonctif plus ou moins remanié suivant le type réticulé et contenant dans ses mailles un nombre considérable de lymphocytes qui se transforment ici encore en éosinophiles et en plasmazellen. En certains points les amas lymphoïdes forment de larges nappes constituées presque exclusivement par des lymphocytes et des éosinophiles et présentent la structure du lymphadénome.

2° Biopsie concernant le placard eczémateux de la face externe de la jambe gauche. A un faible grossissement, l'épiderme est d'apparence normale. Le corps papillaire présente çà et là des infiltrations cellulaires ; dans le derme on reconnaît également des flots cellulaires périvasculaires.

A l'immersion, l'infiltration cellulaire de ces régions se montre constituée par des mononucléaires avec prédominance des lymphocytes, par des plasmazellen et des éosinophiles.

On ne voit nulle part de point présentant à proprement parler la structure du lymphadénome. Il n'en est pas moins vrai qu'il y a une grande analogie entre ces lésions et celles qui existent au niveau de la tumeur nettement mycosique dont nous venons de parler. Ce sont des lésions de même ordre différant seulement d'intensité. Il est à remarquer que l'infiltration cellulaire est ici plus composite encore et singularisée par l'existence d'un nombre considérable de mastzellen de taille très volumineuse et poussant des prolongements en tous sens ; elles sont surtout nombreuses au niveau des papilles. Outre les mastzellen, on constate également la présence d'un certain nombre de cellules pigmentaires dont quelques-unes sont situées dans les papilles, et dont la plupart pénètrent entre les cellules épidermiques.

En résumé, la lésion saillante de la malléole interne présente la structure typique des tumeurs mycosiques ; celle de la peau de la face externe de la jambe présente les caractères histologiques principaux de la période de début de l'affection ou période prémycosique.

Ainsi donc, l'éruption uniformément rouge et persistante qui a précédé les tumeurs mycosiques et qui les accompagne, est elle-même de nature mycosique, et cependant, elle ressemble tellement à un eczéma qu'il serait impossible de l'en différencier, avant l'apparition des tumeurs, autrement que par un examen histologique qui eût paru superflu, d'autant plus que la présence de varices considérables expliquait suffisamment le développement d'une affection de cette nature.

On pourrait se demander s'il ne s'agirait pas d'un véritable eczéma servant de porte d'entrée ou de milieu de culture favorable à l'agent infectieux du mycosis? cette interprétation est infirmée par les caractères mycosiques que présentent les altérations histologiques.

Il faut conclure de ce fait que le mycosis fongoïde en nappe peut revêtir tous les caractères d'un eczéma aussi bien que d'une urticaire et d'un érythème ; c'est une dermatose essentiellement polymorphe ; nous avons vu qu'elle s'est manifestée de premier abord chez cette malade par une éruption ortiée disséminée : elle a donc été généralisée avant de se localiser aux jambes.

Un fait remarquable chez cette malade est la régression tellement rapide après une ménorrhagie abondante qu'il a paru inutile de faire plus d'une séance de traitement par le radium : il semble bien qu'il y ait eu là relation de cause à effet, de telle sorte que l'indication de recourir à la saignée dans le but d'enrayer l'évolution de cette maladie, et même de la faire rétrocéder, se trouve désormais posée.

Tels sont les enseignements qui résultent de notre 36^e observation de mycosis fongoïde.

M. DE BEURMANN. — J'ai récemment présenté au Congrès français de médecine, l'observation d'un malade atteint de mycosis fongoïde qui a été traité et guéri par le radium : les tumeurs et le prurit ont disparu et l'état général ne laisse rien à désirer.

M. DANLOS. — Je doute que l'on puisse obtenir la guérison du mycosis par le radium. Jusqu'ici je n'ai pas eu l'occasion de voir un mycosis fongoïde vrai et étendu guéri par la radiothérapie.

M. LENGLET. — La radiothérapie est un excellent moyen de traitement du mycosis. Je l'ai employée dans 3 ou 4 cas de mycosis et je l'ai vue amener la régression des tumeurs.

Sur un cas de glossopathie fissuraire survenue deux mois après l'apparition du chancre.

Par MM. H. HALLOPEAU et RAILLIET.

Ce malade a eu son chancre à la fin du mois de juin 1907 ; il a remarqué, vers le 15 septembre, que sa langue se creusait de sillons.

Actuellement, nous notons chez lui des cicatrices pigmentées, reliquats de syphilides papulo-ulcéreuses pour lesquelles il a été soigné dans notre service au mois de juillet, des adénopathies inguinales, axillaires, sous-maxillaires et rétro-cervicales, une altération profonde de la voix qui est rauque et voilée, des papules ulcérées sur les lèvres et à leurs commissures. L'état de la langue, sur lequel nous nous permettons d'attirer l'attention, est le suivant : toute sa face dorsale est le siège de sillons entrecroisés, à bords indurés, parfois opalins ; leur profondeur atteint 5 millimètres ; l'aspect de l'organe est celui que l'on observe dans les phases tardives de la maladie. Ces altérations témoignent d'une puissance de régression que l'on n'observe pas d'habitude à cette période de la syphilis.

Sur un chancre de la paupière inférieure.

Par MM. H. HALLOPEAU et RAILLIET.

Cette localisation est exceptionnelle ; M. Gaucher ne l'a pas rencontrée une seule fois sur les 98 cas de chancres céphaliques qu'il a observés dans la Clinique de Saint-Louis, de novembre 1902 à avril 1905.

Le nommé Ernest S..., vernisseur, entre le 28 octobre 1907, salle Bazin, n° 34.

Antécédents héréditaires. — Père mort de laryngite tuberculeuse à 44 ans, mère à 34 d'une maladie de l'appareil respiratoire.

Antécédents personnels. — A 15 ans, pleurésie durant 5 semaines ; légère rechute l'année suivante.

Maladie actuelle. — Vers le 18 août 1907, le malade remarque un petit bouton induré, sur le milieu du bord libre de la paupière inférieure droite ; loin de guérir, ce bouton s'ulcère et s'agrandit progressivement. A la consultation de Saint-Joseph, le Dr Kopp pense à une lésion syphilitique. A l'Hôtel-Dieu, à la fin d'août, S... reçoit 7 injections intraveineuses de cyanure de mercure ; puis, il est soumis au traitement par le sirop de Gibert. Vers le 15 septembre, la lésion a acquis son maximum d'étendue. On a noté, depuis le commencement du mois, un ganglion mastoïdien gros comme une noisette.

A l'entrée du malade à l'hôpital, le chancre occupe toute l'étendue de la paupière inférieure aussi bien dans sa partie muqueuse que dans sa partie cutanée ; il présente sur cette dernière la forme d'un croissant à con-

cavité supérieure; son diamètre atteint, dans sa partie moyenne, environ 2 centimètres; sa surface est ulcérée et d'un rouge vif; elle est recouverte de bourgeons que séparent des sillons entrecroisés. Le ganglion mastoïdien n'est plus appréciable; il existe par contre des adénopathies sous-maxillaires et une jugulaire à droite.

Des plaques muqueuses occupent, l'une, le bord droit de la langue, depuis 3 semaines environ, une autre, le prépuce, près du sillon balano-préputial, d'autres, les bourses, d'autres siègent entre les orteils du pied gauche, ainsi qu'entre le premier et le deuxième et sur la face externe du deuxième orteil du pied droit.

Quelques papules squameuses viennent d'apparaître sur le bras droit.

Les cheveux commencent à tomber.

On peut noter dans cette histoire morbide quelques particularités dignes d'intérêt.

En premier lieu, la *durée* du chancre est remarquable: alors que, d'après M. A. Fournier, elle ne dépasse pas 8 semaines, à moins de complications, elle atteint déjà chez ce malade la onzième, et la cicatrisation, qui marche rapidement depuis quelques jours sur la surface cutanée, est loin d'être complète; elle est nulle sur la partie muqueuse. De cette durée, résulte l'*effacement du ganglion direct* et la *concomitance d'accidents secondaires* dont le caractère bénin contraste avec l'intensité de la manifestation initiale. Les *dimensions* de ce chancre sont également inusitées; nous avons vu qu'il occupe une hauteur d'environ 2 centimètres dans toute sa partie médiane; il n'en est pas ainsi dans la plupart des cas. Sa *forme* en dos de livre mérite également d'être signalée. Nous n'avons pu élucider le *mode d'infection*: le malade nous dit seulement qu'il était atteint habituellement d'un certain degré d'irritation des paupières; il y aura eu là, sans doute, une porte d'entrée.

Traitement de la séborrhée du cuir chevelu par le tétrachlorure de carbone soufré de M. Duret et considérations sur la pathogénie de cette hypersécrétion ainsi que des affections qui lui font suite.

Par M. H. HALLOPEAU.

M. Duret expose ainsi qu'il suit les données relatives à sa nouvelle préparation:

« Le soufre étant un des principaux agents médicamenteux employés contre les manifestations séborrhéiques, l'auteur a cherché un mode d'emploi pratique de ce corps. Les lotions soufrées, tenant ce corps seulement en suspension, ne permettent qu'une application insuffisante; aussi l'auteur, partant de ce principe: *corpora non agunt nisi soluta*, a cherché un dissolvant approprié. La benzine, le sulfure de carbone, l'éther sont des corps très inflammables, causes déjà de nombreux accidents et sont en outre quelquefois irritants pour la peau; les huiles fixes, la lanoline, les huiles lourdes de goudron

ajoutent encore de la graisse là où l'on cherche au contraire à la faire disparaître ou au moins à en diminuer la production. Aussi l'auteur a-t-il arrêté son choix sur un corps capable de dissoudre les graisses et aussi le soufre : c'est le tétrachlorure de carbone, corps neutre, incombustible, non irritant pour les tissus à condition de s'adresser à un produit pur. Il se forme par l'action du chlore ou de différents agents chlorurants sur divers composés carbonés ; c'est ainsi que dans l'industrie on l'obtient en partant du sulfure de carbone; mais, préparé ainsi, il a une odeur désagréable; on peut le purifier en le traitant par une solution de potasse dans l'alcool pendant trente minutes à la température de 60°; on lave ensuite par un excès d'eau pour enlever l'alcool; on sèche; puis on distille en présence d'une petite quantité de paraffine: on obtient ainsi un liquide incolore, non miscible à l'eau, d'une odeur éthérée et agréable, soluble dans l'alcool et l'éther. Il a la propriété de dissoudre le soufre, à la dose d'environ 2 p. 100; en s'adressant au soufre précipité et lavé exempt de toute trace d'hydrogène sulfuré, on a une dissolution inodore.

Cette préparation a l'avantage de dégraisser parfaitement les corps avec lesquels elle est mise en contact, de les pénétrer et de laisser après son évaporation très rapide une légère couche de soufre divisée à l'infini jusque dans les replis les plus intimes. L'auteur croit ainsi apporter un fait nouveau en même temps qu'une application pratique pour l'emploi du soufre dans le traitement antiséborrhéique. »

Quelle que soit la théorie à laquelle on se rattache en ce qui concerne la pathogénie de cette séborrhée, deux indications dominent son traitement : il faut, d'une part, enlever la graisse au fur et à mesure que se produit sa sécrétion exagérée, d'autre part, détruire les microbacilles d'Unna qui y pullulent.

Le nouveau médicament que vient de préparer M. Duret répond à cette double indication : il a la propriété d'enlever rapidement et complètement la graisse avec laquelle il se trouve en contact, et le soufre est par excellence l'agent destructeur du fin bacille : il suffit donc d'une lotion avec une petite quantité de cette solution pour enlever la graisse et détruire les microbes qui se trouvent à la surface du cuir chevelu en y déposant une mince couche de soufre pulvéulent.

Cette application, des plus faciles, sera avantageusement substituée aux savonnages qui ont l'inconvénient de laisser trop longtemps mouillé le cuir chevelu et peuvent ainsi provoquer, chez des sujets prédisposés, des phlegmasies des voies respiratoires. On a reproché au tétrachlorure, corps voisin du chloroforme, de provoquer comme lui une somnolence passagère: nous ne l'avons pour notre part jamais éprouvée.

Le seul inconvénient qu'il nous paraisse présenter est celui de pro-

voquer, lorsque l'on en renouvelle trop fréquemment l'application, une légère irritation; il faut s'en tenir généralement à deux lotions par semaine. Ajoutons enfin qu'il a sur un autre sel de carbone préconisé contre la séborrhée, le sulfure, cet avantage que, loin de prédisposer à la combustion, il lui est plutôt réfractaire: il n'est donc pas besoin de prononcer à son égard les réserves usuelles concernant les mesures à prendre contre la possibilité d'incendie de la chevelure.

L'action dégraissante a-t-elle seulement pour objet de permettre au médicament de se trouver en contact avec le parasite? ou a-t-elle une influence par elle-même sur la pathogénie des altérations? On sait que deux théories sont en présence: suivant l'une, dont M. Sabouraud est le défenseur, la prolifération microbienne est le fait initial; elle a pour conséquence l'exagération de la sécrétion sébacée; pour M. Jacquet, comme pour nous-même, ainsi que nous l'avons indiqué notamment dans notre *Traité de dermatologie*, la séborrhée se développe indépendamment de son microbe qui n'est qu'un commensal. Une des causes principales de cette hypersécrétion est, suivant nous, l'habitude de maintenir les cheveux coupés court: à l'état physiologique, les cheveux de l'homme devraient tomber, comme ils le font habituellement chez la femme, plus ou moins bas dans la région dorsale; les glandes sébacées annexées à leurs follicules seraient donc susceptibles de fournir la quantité de graisse nécessaire pour lubrifier des cheveux de cette longueur; or cette graisse doit nécessairement s'accumuler lorsqu'elle n'est plus utilisée que par des cheveux de 3 ou 4 centimètres de longueur, et s'altérer; on conçoit qu'elle devienne ainsi un milieu de culture favorable au développement du fin bacille; celui-ci à son tour engendre des toxines qui donnent lieu secondairement, suivant leur degré d'activité et le mode de réaction du cuir chevelu, à du pityriasis ou à de l'eczéma. Cette théorie nous paraît se bien tenir dans son ensemble et fournir une explication rationnelle des phénomènes complexes de la séborrhée du cuir chevelu: à ce double titre, nous la considérons comme des plus vraisemblables; elle justifie la médication recommandée ci-dessus.

Nouvelle seringue de M. R. Horand pour les injections d'huile grise.

Par M. H. HALLOPEAU.

J'ai l'honneur de présenter à la Société, de la part de notre collègue M. René Horand, une nouvelle seringue à injections d'huile grise toute en verre; elle a l'avantage d'être inoxyidable, inaltérable par le mercure et stérilisable; elle a 20 divisions dont chacune répond à un centigramme de mercure métallique de l'émulsion huileuse à 40 p. 100; le calibre intérieur du tube étant très fin, les écarts

du piston sont considérables et facilement appréciables; comme aide-mémoire, le tube porte gravée la signification des divisions; enfin, un curseur adapté à la seringue protège le piston en même temps qu'il indique automatiquement et exactement le nombre de centigrammes de mercure injectés.

Cet instrument paraît de nature à rendre de réels services aux praticiens en même temps qu'il contribuera à éviter les erreurs déplorables de pratique qui ont été commises avec la seringue Pravaz.

M. LÉVY-BING. — Cette seringue de Horand est identique à la seringue construite il y a 5 ans par moi sur les indications de Barthélemy.

M. HALLOPEAU. — Elle en diffère par l'adjonction du curseur.

Pityriasis rubra pilaire. Ophthalmo-réaction négative.

Par MM. V. COURTELLEMENT et GASTOU.

Nous avons l'honneur de présenter à la Société un malade atteint de pityriasis rubra pilaire, dont l'histoire offre quelques points intéressants.

Il s'agit d'un enfant, G..., Marcel, âgé de 8 ans, qui est venu consulter le 10 avril 1907 pour des lésions cornées des mains et des pieds datant de 3 semaines.

Son père est éthylique et nerveux; sa mère est nerveuse aussi. Un oncle de l'enfant (frère de la mère) a succombé à l'âge de 33 ans à une pleurésie associée à une péritonite; sa maladie avait duré 5 mois.

La mère n'eut pas de fausses couches; elle mit au monde trois enfants, tous à terme; les deux frères de notre malade sont en bonne santé.

Notre sujet eut, à l'âge de 4 ans, un abcès de la région thoracique latérale droite; cet abcès s'ouvrit spontanément au bout d'un mois et ne guérit qu'après deux mois de suppuration. Jamais il n'occasionna la moindre douleur. La cicatrice qu'il laissa est ovale, à bords irréguliers; elle est légèrement gaufrée.

A 3 ans il eut la rougeole, à 6 ans la varicelle, dont il lui reste quelques cicatrices blanches; il se portait bien, mais il était un peu pâle.

Histoire de la maladie actuelle. — C'est vers le 17 mars 1907 que la mère s'aperçut des premiers symptômes; à cette date elle remarqua, pour la première fois, des squames dans les plis de flexion des deux dernières phalanges des deuxième et troisième doigts de chaque main. Quelques jours plus tard, elle vit des squames semblables au niveau des deux tendons d'Achille; à partir de ce moment, les lésions s'accroissaient chaque jour d'une façon très rapide, soit qu'elle s'étendissent, soit qu'il se formât des plaques nouvelles, distinctes des premières. Elles atteignirent ainsi l'état que nous avons constaté le 10 avril.

Huit jours après l'apparition des premières squames, l'enfant commença à prendre un sirop arsenical, contenant de l'arséniate de soude (2 milli-

grammes d'arséniate de soude et 0^{rs},60 d'iodure de potassium par jour). Il prit de ce sirop, du 25 mars au 10 avril, c'est-à-dire pendant 15 jours.

En dehors de ce commémoratif, aucune cause d'intoxication, aucun traumatisme local ne put être relevé ni pendant, ni avant le début de la maladie.

État au 10 avril 1907. — Ce qui dominait, c'étaient les lésions des mains et des pieds, consistant en hyperkératose et en rougeur sous-jacente.

L'hyperkératose prédominait aux faces palmaires et plantaires, elle s'y présentait sous la forme d'une plaque cornée lisse, luisante, laissant voir par transparence la couleur rouge foncé du derme sous-jacent ; elle était renforcée par places, par des épaissements cornés, qui n'affectaient pas le type de corps arsenicaux, mais étaient plus étalés, diffus, sans limites précises. Au niveau des plis de la main et des doigts, au talon, derrière le tendon d'Achille, à la plante des pieds, ces lésions étaient creusées de crevasses plus ou moins profondes, qui rendaient la marche et les mouvements des mains très pénibles. Hyperkératose et rougeur occupaient toute l'étendue de la surface palmaire et plantaire des deux mains et des deux pieds, sans intervalle de peau saine. Elles contournaient les bords de la main et du pied ; au pied elles se terminaient à l'union de ces bords avec la face dorsale, sauf au talon où elles se prolongeaient jusqu'au-dessous de l'insertion du tendon d'Achille ; à la main, elles empiétaient d'un bon centimètre sur la face dorsale, et recouvraient la face dorsale des deux dernières phalanges de chaque doigt. Aux pieds comme aux mains, leur limite était nettement marquée. Chaque tête métacarpienne, à la face dorsale des mains, était le siège d'une plaque d'érythème foncé, plus ou moins corné. Nulle part on ne trouvait, sur les mains, les doigts ou les poignets, de cônes pilaires.

Les ongles des doigts et des orteils étaient épaissis ; la mère avait remarqué ce détail depuis le début des lésions cutanées.

Les deux coudes et les deux genoux portaient des plaques rouges et squameuses, à plis exagérés : les squames n'y présentaient pas le caractère nacré et brillant des squames psoriasiques, elles étaient un peu ternes, minces, leur grattage ne déterminait pas de piqueté sanguin.

Des plaques des deux coudes descendait, jusqu'au quart inférieur de l'avant-bras, le long du bord cubital, une traînée éruptive constituée par une peau érythémateuse, portant des plis exagérés et finement squameuse.

Des plaques analogues à celles du bord cubital, mais plus petites, existaient encore en quelques autres points du corps : en haut du sillon interfessier, sur les deux fesses, sur chaque malléole tibiale et péronière.

Toutes ces plaques sont sans limites précises, sans bordure périphérique.

A la face, on remarque trois petites plaques d'érythème finement squameux : deux sur le menton, de chaque côté de la ligne médiane et une au-devant du tragus de l'oreille gauche ; à la nuque, à la limite du cuir chevelu, se voient deux petites plaques semblables. Ces plaques de la tête seraient, d'après la mère, le vestige d'un impétigo que l'enfant aurait eu un mois auparavant. Il existe quelques lentes dans les cheveux.

La peau du tronc avait un aspect finement grenu, dû à l'existence de très nombreuses petites saillies blanchâtres. La mère n'avait remarqué cette anomalie que depuis 4 ou 5 jours.

Les muqueuses étaient indemnes de toute lésion ; il n'y avait et il n'y avait jamais eu ni prurit, ni trouble fonctionnel quelconque (en dehors de la gêne due aux crevasses des mains).

Le traitement institué consista dans la suppression immédiate du sirop arsenical, dans l'administration de bains quotidiens et l'application de glycérolé d'amidon sur les mains et les plaques érythémateuses pendant la nuit. Quelques lotions sur le cuir chevelu à l'aide de la lotion parasiticide firent disparaître les lentes.

Évolution ultérieure. — Sous l'influence manifeste du traitement, l'état kératodermique des mains et des pieds subit une amélioration rapide, tout en conservant d'ailleurs ses caractères essentiels, l'hyperkératose y était moindre, les crevasses aussi. Cette atténuation, rapide pendant les premières semaines, continua mais très lentement depuis.

Les autres manifestations passèrent d'abord par une période d'exacerbation, puis par une phase de rémission. Pendant la poussée, qui dura jusqu'à la fin du moins de juin, l'état granité du tronc s'accrut (dès le 18 avril), le cuir chevelu devint (dès le 24 avril) le siège d'une desquamation pityriasique et de nombreuses plaques rouges faiblement desquamantes (ces plaques, dont les dimensions variaient entre celles d'une lentille et celles d'une pièce de 2 francs, n'avaient pas de bords nettement marqués, elles prédominaient en arrière de la tête), enfin de nouvelles plaques érythémateuses et finement squameuses apparurent en divers points du corps : deux petites à la face (une au-devant du tragus droit, une sur le nez, en sorte que la face portait cinq plaques de ce genre : deux au menton, deux latérales au-devant des oreilles, une médiane nasale), — deux plaques poplitées, une sur chaque membre, verticale, siégeant sur la saillie formée par le tendon du biceps, — une plaque trochantérienne droite, sur la saillie du grand trochanter de ce côté, — et une plaque ombilicale, sur la partie saillante du nombril.

A partir du mois de juillet, se produit la rémission : les lésions du cuir chevelu, de la face, l'état granité du tronc, la plupart des plaques du corps, celles du bord cubital des mains disparaissent.

Mais il faut noter l'apparition de cônes pilaires. Ces cônes pilaires des mains et de la première phalange des doigts extrêmes se sont développés en des points occupés auparavant par une kératodermie accusée, et ils se sont montrés à mesure que cette kératodermie s'atténuait. C'est le 16 mai qu'on en vit la première ébauche sous la forme de points noirs ne faisant pas saillie, ne donnant pas la sensation de râpe. A la fin de juin 1907 ils étaient devenus typiques (saillies cornées périfolliculaires, sensation de râpe) et les restèrent depuis.

État actuel au 1^{er} novembre 1907. — Depuis quelques semaines, se dessine une légère reprise des accidents. L'état granité du corps n'a pas reparu ; le cuir chevelu n'a comme lésion qu'une croûte, entourée d'une zone eczémateuse, à la partie inférieure de la nuque ; à la face, se voient quelques taches, très petites, légères, susceptibles de passer inaperçues à un examen rapide ; ce sont les deux du menton, celle du nez, et une au-devant du tragus droit, elles ne sont pas squameuses. Les coudes portent une plaque d'érythème légèrement squameux à peau profondément plissée. Il existe des

cônes cornés manifestes sur le bord cubital des deux avant-bras, au-devant des genoux (plaque sur une zone d'érythème foncé), sur la face externe des deux jambes, au-devant du ligament annulaire antérieur du cou-de-pied.

Les mains et les pieds présentent toujours une hyperkératose palmaire et plantaire avec rougeur sous-jacente, mais l'hyperkératose y est réduite à une plaque mince, brillante, sans épaissements disséminés et sans crevasses. A la face dorsale, taches érythémateuses cornées sur le dos des têtes métacarpiennes, empiètement de la kératodermie palmaire sur les bords de la main et des doigts, atteinte des deux dernières phalanges de chaque doigt. Les cônes pilaires sont nettement visibles sur les deux bords de la main (sur le bord radial surtout) et sur la première phalange du pouce; ici comme sur les autres régions énumérées plus haut, ce sont des saillies dures, cornées, donnant la sensation de râpe, leur base se continue avec l'épiderme avoisinant, leur sommet tronqué est fréquemment centré d'un point noir. Sur l'index et l'annulaire, les cônes ne font pas de saillie appréciable et se montrent seulement sous la forme de points noirs, ils paraissent recouverts par la lame cornée de kératodermie, le médius et l'annulaire n'en portent pas.

Ongles épais, surtout aux orteils. Rien aux muqueuses. Il y a toujours absence de troubles fonctionnels (prurit, etc.).

L'examen des viscères et des urines n'a rien révélé d'anormal. Les réflexes tendineux (rotuliens, achilléens, etc.), les réflexes cutanés (gros orteil, crémastérien, abdominal), l'état de la sensibilité à la piqûre, l'état des organes sensoriels sont absolument normaux.

En résumé, pityriasis rubra pilaire, qui, après une poussée de plusieurs mois, est entré dans une phase de rémission. Le diagnostic est évident et nous ne nous attarderons pas à le discuter : les manifestations actuelles (les cônes pilaires des poignets, du pouce et de diverses autres régions du corps, la symétrie des lésions, l'érythro-kératodermie plantaire et palmaire, les localisations des coudes et des genoux, l'absence de lésion des muqueuses, l'absence de prurit) sont plus que suffisantes pour l'imposer; elles deviennent plus classiques encore si on les rapproche des altérations de la face, du cuir chevelu et du granité de la surface du corps, observés au cours de la poussée des mois d'avril, mai, juin.

Quatre particularités sont à relever dans ce cas.

Il n'est pas impossible que l'administration du sirop arsenical, commencé 8 jours après le début de la maladie, ait aggravé les accidents initiaux; cette hypothèse est d'autant plus plausible que ces accidents ont revêtu presque entièrement le masque d'une kératodermie plantaire et palmaire. Nous avons été frappé de la rapidité avec laquelle ces lésions kératodermiques ont régressé pendant les semaines qui ont suivi la suppression de ce sirop. Quelques auteurs ont signalé les effets défavorables de l'arsenic dans le pityriasis rubra pilaire.

Signalons en second lieu le début et la prédominance des symptômes au niveau des mains sous forme d'érythro-kératodermie.

Le mode d'apparition des cônes pilaires au niveau des mains et des doigts a été nettement observé par nous ; tant qu'il existait à la face dorsale de ces régions une hyperkératose très accusée, on ne trouvait pas de cônes pilaires ; ceux-ci ne se sont montrés qu'au fur et à mesure de la diminution de cette hyperkératose ; on vit d'abord des points noirs, et ensuite des saillies véritables. Les cônes pilaires de ces régions sont restés d'ailleurs limités à la partie érythro-kératodermique. Ils n'ont été bien développés que 3 mois après le début de la maladie.

Enfin ce cas amène à nouveau en discussion la question de la nature tuberculeuse du pityriasis rubra pilaire. L'enfant n'a aucun signe de tuberculose actuelle, mais il a eu, selon toute vraisemblance, un abcès froid il y a 4 ans ; un de ses oncles a succombé à une affection très probablement tuberculeuse. Il était intéressant de rechercher s'il réagirait à l'épreuve de la tuberculine. On sait que M. Milian a obtenu, chez un malade atteint de la même dermatose, une ascension de température après injection sous-cutanée de tuberculine. Nous avons eu recours à l'ophtalmo-réaction à deux reprises différentes ; ces deux épreuves ont été faites fin septembre, à l'aide de la tuberculine délivrée à cet usage par l'Institut Pasteur de Lille ; la première instillation dans l'œil d'une goutte d'une solution à 1 p. 200, selon la formule que Comby préconise chez l'enfant, ne fut suivie d'aucune rougeur. La seconde épreuve, faite 10 jours après la première, instillation d'une goutte d'une solution à 1 p. 100, selon la formule de Calmette, ne donna pas plus de résultats que la précédente. Ces épreuves ont été faites avec toute la patience et le soin désirables, tant pour assurer le contact prolongé du liquide sur la conjonctive que pour en surveiller les effets. Leur résultat n'est qu'un résultat négatif ; il eût peut-être été différent après une cuti-réaction ou une injection sous-cutanée de tuberculine, nous n'en tirerons, par conséquent, aucune conclusion.

M. DE BEURMANN. — Je pourrais vous montrer un malade analogue à celui de M. Courtellemont. Chez ce malade, qui a un pityriasis rubra pilaire typique, l'ophtalmo et la cuti-réaction ont été négatives, l'injection de tuberculine également.

M. MILIAN. — Il est impossible de tirer une conclusion du fait présenté par M. de Beurmann, étant donné que nous ne sommes pas suffisamment renseignés sur la technique suivie. Il est absolument important, pour dire que l'injection sous-cutanée de tuberculine a été négative, de suivre la technique qui a été indiquée par Moeller et Ostrowsky et que tout le monde applique aujourd'hui, c'est-à-dire d'injecter 2/10^e de milligramme, plusieurs

fois de suite à quelques jours d'intervalle. La première injection sensibilise le sujet et, dès lors, il réagit à la 2^e, 3^e ou 4^e injection, alors qu'il reste insensible aux premières.

D'autre part, on ne peut tirer quelque conclusion du résultat négatif de l'ophtalmo-réaction, car cette réaction est trop infidèle. Les recherches de Nobécourt et Mantoux, pour ne citer que celles-ci parce qu'elles sont expérimentales, ont montré que chez des tuberculeux avérés, l'ophtalmo-réaction a été négative dans plus de la moitié des cas, exactement 8 fois sur 15.

Chancre syphilitique du thorax.

Par MM. GAUCHER et BORY.

La nommée X..., 18 ans, entre le 17 septembre 1907 à la salle Henri-IV dans le service de M. le professeur Gaucher, pour des plaques muqueuses vulvaires datant de 8 jours. L'accident primitif était passé inaperçu à la malade ; cependant en l'examinant, nous découvrons un peu au-dessous du sein gauche, immédiatement sur le rebord costal, une érosion en saillie, remarquablement arrondie et indurée. Il s'agit, à n'en pas douter, d'un chancre syphilitique du thorax. Ce chancre a la dimension d'une pièce de 50 centimes ; sa surélévation, sa couleur rose uniforme, sa limitation absolue sont caractéristiques. Il n'existe pas d'adénopathie dans l'aisselle. Mais on trouve dans l'aîne de gros ganglions mobiles et durs.

La malade est en pleine roséole. Sur les grandes lèvres, on voit des plaques muqueuses érosives et ulcéreuses.

Enfin dans la bouche on trouve encore une plaque érosive sur la voûte palatine.

Comme la malade est enceinte de 8 mois, il est urgent de la mettre au traitement mercuriel. Elle est soumise aux piqûres de benzoate de Hg. à 0^{gr},02.

Le 24 octobre, elle finit sa deuxième série de 15 piqûres. La roséole a complètement disparu ; le chancre n'est plus représenté que par une macule arrondie, un peu surélevée au centre.

Quelle était l'origine de ce chancre extra-génital ? La malade ne se rappelle pas avoir été égratignée, ni mordue, ni plus fortement embrassée à l'endroit où siégeait son chancre.

C'est en raison du siège exceptionnel de ce chancre que nous avons jugé utile de publier cette observation.

Ajoutons que depuis le jour où la malade nous a quittés, elle a donné le jour à un superbe enfant ne paraissant avoir aucune tare héréditaire, fait qui n'a pas manqué de frapper M. le Dr Tissier.

Adipose douloureuse et paralysie pseudo-bulbaire.

Par MM. GAUCHER et NATHAN.

La malade qui fait l'objet de cette présentation est une femme de 51 ans, atteinte d'une paralysie pseudo-bulbaire indubitable

(affaiblissement intellectuel, parésie symétrique du facial inférieur empêchant la malade de siffler, de souffler et entravant la préhension des aliments, affaiblissement des mouvements des membres supérieurs et inférieurs, avec exagération des réflexes, signe de Babinski bilatéral, démarche typique de pseudo-bulbaire, rire et pleurer spasmodiques, hémiplegie gauche transitoire il y a quatre ans).

Cette hémiplegie semble avoir été le symptôme initial ; c'est à cette époque également que semble remonter le début de l'adipose douloureuse ; cette dernière coïncidant avec la ménopause, fait habituel à la maladie de Dercum. L'adipose est localisée aux membres inférieurs ; le cou, les membres supérieurs sont absolument indemnes ; mais elle affecte ici une disposition un peu spéciale. Elle participe à la fois du lipome symétrique et de l'adipose diffuse.

Le membre est augmenté de volume dans son ensemble, mais relativement peu ; l'adipose cesse, suivant la règle, au-dessus du cou-de-pied, affectant l'aspect classique du « pantalon de zouave ». A cette augmentation en masse du membre, s'ajoutent deux lipomes volumineux qui occupent la face interne du genou. Pas de douleurs spontanées.

La palpation des masses lipomateuses est légèrement douloureuse.

Il s'agit donc d'une maladie de Dercum. Les troubles psychiques sont fréquents au cours de l'adipose douloureuse ; ils ont été attribués tour à tour à des viciations de la sécrétion interne du corps thyroïde et de l'ovaire : la coïncidence de la maladie de Dercum avec la ménopause semblait apporter un appoint à cette théorie que contredirait l'échec de tous les traitements opothérapiques.

Chez notre malade, les troubles psychiques sont nettement liés à la paralysie pseudo-bulbaire : l'association de ces deux affections, qui ont débuté simultanément, présente un certain intérêt au point de vue pathogénique ; et la présence de troubles psychiques chez certains sujets atteints de maladie de Dercum pourrait peut-être dépendre de lésions lacunaires dont la symptomatologie resterait plus ou moins fruste.

Exception à la loi de Colles-Baumes. Contamination d'une mère par son enfant hérédosyphilitique.

Par M. GAUCHER.

(Observation prise par M. Bory, interne du service.)

La nommée X..., 23 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le professeur Gaucher, le 29 juillet 1907.

Elle présente sur le sein droit deux chancres indurés typiques datant de 2 mois. Une énorme adénopathie axillaire, indolente, siège du côté correspondant.

La malade était en pleine roséole le jour de son entrée, et le diagnostic ne pouvait être douteux.

L'étiologie de ces deux chancres était plus difficile à déterminer. Cette femme était en effet accompagnée d'un enfant de 9 mois également syphilitique et, qui plus est, *syphilitique héréditaire*; les accidents qu'il présentait avaient précédé d'un mois dans leur apparition ceux de la mère, juste le temps nécessaire à l'incubation morbide.

Au moment de sa naissance, cet enfant présentait dans la paume des mains et à la plante des pieds de larges bulles pleines d'un liquide noirâtre qui s'affaissèrent et desquamèrent très rapidement. Jusqu'à l'âge de 6 mois il n'eut pas d'autre accident; — puis il fut soigné pour une bronchite avec fièvre, accompagnée d'un coryza avec obstruction nasale, écoulement séropurulent verdâtre. Au bout d'une quinzaine de jours, la guérison survint.

Puis la mère vit apparaître sur la fesse droite une plaque eczémateuse qui guérit en 8 ou 10 jours, tandis que se formaient tout autour des éléments ressemblant à de gros furoncles. Un médecin incisa même certains d'entre eux.

Enfin l'éruption se généralisa; au moment de l'entrée à l'hôpital, on pouvait voir:

1° Des plaques muqueuses fissuriques, labiales et commissurales, et un facies caractéristique de syphilis héréditaire;

2° Une éruption cutanée polymorphe: a) Sur tout le corps sont disséminées des taches, grandes et petites, foncées, d'un rouge sombre, violacé, plus ou moins régulièrement arrondies et surtout abondantes, confluentes même, sur le dos et les fesses; b) Au milieu de ces taches cuivrées on découvre des lésions érosives et papulo-érosives régulièrement rondes; c) Sur les cuisses et sur la tête, des saillies rondes, violacées, véritables tubercules cutanés et sous-cutanés, laissent voir par transparence un contenu jaunâtre, purulent; d) Dans les cheveux enfin existent des lésions croûteuses.

Enfin on notait chez cet enfant un léger strabisme convergent, des déformations craniennes, de l'asymétrie faciale.

Jamais l'enfant n'a été confié à une nourrice étrangère, susceptible de le contaminer; du reste l'hérédité de sa syphilis, comme on vient de le voir, ne peut faire aucun doute. La mère d'autre part n'a eu aucun rapport sexuel depuis sa grossesse; son infection par un étranger serait d'ailleurs tout aussi anormale.

Le traitement mercuriel fut institué immédiatement:

Pour la mère: injection de benzoate d'Hg. 0^{gr},02, pendant 15 jours; puis 6 jours de pilules de Dupuytren.

Pour l'enfant: pendant 5 jours, 3 fois XV gouttes de la solution de lactate d'Hg.; un peu de diarrhée verte étant survenue, on remplace les gouttes par des frictions.

Les deux malades sortent le 20 août, les deux chancres de la mère sont cicatrisés, sans que d'autres accidents se soient montrés.

Quant à l'enfant, il avait eu encore quelques bulles purulentes ; puis s'était progressivement amélioré. Il ne lui restait à son départ que la trace pigmentée de son éruption.

Cette observation exceptionnelle, mais néanmoins très troublante, doit servir de base à un mémoire de mon interne M. Bory, qui a réuni un certain nombre d'observations semblables, appartenant à différents auteurs. Ce mémoire paraîtra prochainement dans les *Annales des maladies vénériennes*.

M. FOURNIER. — Les exceptions à la loi de Colles sont très rares. Je sais qu'il en a été signalé des exemples, mais je n'en ai jamais vu pour ma part.

Épidermolyse bulleuse dystrophique.

Par MM. L. BRODIER et MILIAN.

M..., Berthe, fillette âgée de 30 mois, entre à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Hallopeau, le 18 septembre 1907.

Les renseignements qu'on a pu obtenir sur ses antécédents sont très incomplets. On sait seulement que la mère n'a pas d'autre enfant et que personne dans la famille n'a ou n'a eu de lésions bulleuses. Il est même impossible de préciser la date du début de l'affection actuelle ; l'enfant a été placée en nourrice jusqu'à l'âge de 6 mois et c'est au moment où la mère l'a reprise qu'elle a constaté la présence de bulles sur le corps de l'enfant.

ÉTAT ACTUEL (18 septembre). — *Cuir chevelu*. — Les cheveux sont blonds, assez clairsemés, surtout vers les parties latérales et à l'occiput. Dans ces régions, on constate 4 plaques alopéciques irrégulièrement arrondies ; la plus grande de ces plaques siège sur la partie latérale droite du cuir chevelu, elle est ovalaire et son plus grand diamètre, dirigé d'avant en arrière, mesure environ 3 centimètres. Les autres plaques sont mal limitées et ont les dimensions d'une pièce de 50 centimes. Au voisinage du vertex, se trouvent 3 croûtelles irrégulières et un peu allongées d'avant en arrière. Il existe quelques lentes sur les cheveux.

On ne constate pas de kystes épidermiques sur le cuir chevelu.

Les *sourcils* sont normaux.

Les deux *oreilles* présentent des kystes épidermiques. Sur l'oreille gauche, ils siègent à la partie supérieure de l'hélix et à la face postérieure du pavillon ; ils sont très nombreux, blancs, durs, du volume d'une fine tête d'épingle.

Sur l'oreille droite, ils siègent exclusivement sur l'anthélix et sont moins nombreux que sur l'oreille gauche.

Le *front* offre, un peu à gauche de la ligne médiane, une surface arrondie, grande comme une pièce de 2 francs, de coloration rouge, un peu déprimée, et d'aspect cicatriciel. Toute la partie moyenne du front est couverte de kystes épidermiques, les uns disséminés, les autres agglomérés en petits groupes ; un de ces groupes, du volume d'une lentille, est situé un peu au-dessus de la racine du nez ; il est formé de 8 kystes épidermiques ; la peau à ce niveau est tout à fait normale.

Au niveau de la *région malaire droite*, se trouve une petite tache rouge, irrégulièrement arrondie, ayant les dimensions d'une pièce de 1 franc, un peu déprimée et cicatricielle; cette tache est couverte de 5 kystes épidermiques.

La *joue gauche* présente 5 petites macules disséminées, irrégulières, rougeâtres, couvertes de kystes.

L'aile droite du lobule du *nez* est surmontée d'une croûte irrégulièrement arrondie; l'aile gauche offre une macule rougeâtre, croûteuse sur son bord externe, sans kystes épidermiques. Le menton et les lèvres sont respectés.

À la partie antéro-supérieure du thorax, on note la présence de deux petites ecchymoses jaune verdâtre, dont l'origine est indéterminée. De même, à la partie externe de la cuisse droite, il existe une ecchymose plus considérable, violacée, d'origine également inconnue. Il est à remarquer qu'aucune bulle ne s'est développée au niveau de ces ecchymoses.

Au niveau de la *dépression ombilicale* se trouve une bulle, qui existait déjà, il y a 3 jours, quand l'enfant fut conduit à la consultation de l'hôpital. Cette bulle est petite, du volume d'un petit pois, tendue, et remplie par un liquide citrin; elle repose sur une peau saine, sans aréole inflammatoire.

La *région lombo-sacrée* est occupée par plusieurs petits groupes de kystes épidermiques agglomérés.

MEMBRES SUPÉRIEURS. — Sur les membres supérieurs, les lésions prédominent à la face postérieure des coudes et surtout à la face dorsale des doigts.

À la face postérieure du *coude gauche*, se trouve une large tache, irrégulièrement arrondie, grande comme une pièce de 2 francs, rouge violacé, un peu exulcérée à sa partie supérieure; cette tache ne présente de kystes épidermiques que sur la partie cubitale de sa surface.

À la face postérieure du *coude droit*, se trouvent deux surfaces rouges, arrondies, situées l'une au-dessus de l'autre. La macule inférieure est légèrement exulcérée, sans kystes épidermiques; la macule supérieure a un aspect nettement cicatriciel et elle est couverte de kystes.

À la partie inférieure et antérieure du *bras droit*, on constate deux placards blanchâtres, un peu cicatriciels, entièrement couverts de kystes épidermiques agglomérés.

Sur la face dorsale du *poignet droit*, on observe 3 petites macules rougeâtres, d'aspect cicatriciel, et, en dehors de celles-ci, plusieurs petits groupes de kystes épidermiques.

La face dorsale du *poignet gauche* présente également plusieurs petits groupes de kystes épidermiques; ces groupes sont formés chacun de 6 à 8 kystes reposant sur une peau saine en apparence.

Aux *main*s, les kystes ne s'observent que sur la face dorsale des doigts, empiétant par places sur le dos des articulations métacarpo-phalangiennes. Ils se groupent principalement au niveau des articulations des phalanges. Tous les doigts sont atteints, mais les kystes sont moins nombreux sur ceux de la main gauche que sur ceux de la main droite. On ne constate aucune trace de bulle; mais tous les doigts ont constamment une teinte rosée, surtout accusée sur ceux de la main droite qui est aussi la plus riche en kystes épidermiques; cette teinte rosée disparaît à la moindre pression.

MEMBRES INFÉRIEURS. — Les deux *fesses* présentent, à leur partie interne, de nombreuses petites macules blanchâtres, d'aspect cicatriciel, quelques-unes avec kystes, la plupart sans kystes.

Quelques taches semblables s'observent à la partie postérieure des deux *cuisse*s ; ces taches ont la même teinte blanchâtre et le même aspect cicatriciel ; les unes sont couvertes de kystes, les autres en sont dépourvues.

A la partie interne et moyenne de la cuisse droite, se trouve, en outre, une macule rouge, arrondie, dont la partie externe est surmontée de quelques kystes disséminés.

A la partie antérieure de chacun des *genoux*, on constate une surface rouge, à contours irréguliers ; celle du genou gauche est couverte, à sa partie interne, par un soulèvement bulleux très aplati, ayant les dimensions d'une pièce de 50 centimes ; celle du genou droit est masquée, sur sa partie externe, par une croûte jaunâtre.

Sur la face postérieure des deux *jambes*, on note la présence de petites macules rougeâtres d'aspect atrophique, dont les dimensions varient de celles d'une lentille à celles d'un pois.

La face dorsale du *pied gauche* offre une croûte brunâtre, résultant vraisemblablement d'une bulle et, en avant de cette croûte, une tache blanchâtre, d'aspect cicatriciel, sans kystes épidermiques. Une macule semblable, blanche et d'aspect atrophique, siège sur le dos de la racine du gros orteil gauche.

Les *orteils* ne présentent aucun kyste épidermique, mais on constate de petites croûtes d'un rouge brunâtre, ayant les dimensions chacune d'un petit pois, sur le dos des deuxième et troisième orteils et sur celui du quatrième orteil gauches.

Les plantes des pieds sont respectées, de même que les paumes des mains.

Ongles. — Les ongles des doigts présentent des troubles dystrophiques très accusés.

A la *main gauche*, l'ongle manque totalement sur le pouce, l'index, le médius et l'auriculaire ; il est rudimentaire sur l'annulaire. Sur le pouce, le derme péri-unguéal offre une petite macule atrophique.

A la *main droite*, l'ongle manque sur l'index et le médius. Celui du pouce est noirâtre et présente de nombreuses stries transversales ; sa racine semble un peu décollée. Ceux de l'annulaire et de l'auriculaire sont de même striés transversalement.

Les ongles des *orteils* sont beaucoup moins altérés que ceux des doigts. Ceux du pied gauche sont normaux. Au pied droit, les ongles sont peu développés sur les deuxième et troisième orteils ; l'ongle du gros orteil est, par contre, très déformé ; il n'est représenté que par un amas épais de substance cornée situé au niveau de la racine.

Les *muqueuses* sont respectées.

Les dents sont normales.

On constate de petits ganglions durs, mobiles, indolores, dans les deux régions sous-maxillaires et dans l'aisselle gauche.

Il n'existe aucun trouble fonctionnel : pas d'hémorrhagies, pas de prurit, pas de dermographisme, aucun trouble du système nerveux.

L'hyperhidrose fait complètement défaut.

Le signe de Nikolski n'existe pas, et on n'a pu provoquer la formation de bulles ni par frottement ni par une pression modérée. L'état général est bon. L'enfant est bien développée, sans tare viscérale ; elle est gaie et joue volontiers. L'urine ne contient pas d'albumine.

Le 24 septembre. — Aucune bulle nouvelle n'est apparue depuis l'entrée de l'enfant à l'hôpital.

La petite bulle de la région ombilicale s'est affaissée. La macule de l'aile gauche du nez est débarrassée de la croûte qui masquait son bord externe et on y distingue 4 à 5 kystes épidermiques gros comme une fine tête d'épingle. La croûte qui couvrait l'aile droite du nez est tombée, laissant après elle une macule rougeâtre où se trouvent 3 à 4 petits kystes à peine visibles.

Les deux légères ecchymoses signalées précédemment à la face antérieure du thorax ont guéri sans donner lieu à aucune bulle. L'ecchymose de la face externe de la cuisse droite persiste sous forme d'une tache jaune.

Le 26 septembre. — Il s'est développé, à la partie inférieure de la macule rouge du front, une petite bulle, peu tendue, du volume d'une lentille.

Le 29 septembre. — La bulle signalée sur le front s'est affaissée. Une nouvelle bulle est apparue sur le bord interne de la macule rouge du genou droit ; elle est très aplatie et a les dimensions d'une lentille.

Le 1^{er} octobre. — La macule gauche du front est aujourd'hui complètement couverte par une nouvelle bulle aplatie, flasque, contenant un liquide citrin.

La bulle, signalée il y a 2 jours sur le genou droit, s'est agrandie et atteint les dimensions d'une pièce de 50 centimes ; elle est aplatie et ses contours sont un peu irréguliers.

Les macules des ailes du nez sont presque entièrement effacées ; les kystes épidermiques y restent rares et minuscules.

Le 3 octobre. — Une nouvelle bulle s'est développée sur l'aile gauche du nez, exactement à la même place que celle signalée antérieurement ; cette bulle est légèrement hémorragique.

Du 4 au 15 octobre, des bulles isolées apparaissent successivement en divers points du corps : front, ailes du nez, genoux, coude gauche, doigts de la main droite. Elles ne se produisent que sur les macules rouges, couvertes ou non de kystes épidermiques, qui marquent la place des bulles anciennes. Elles sont de forme irrégulière, peu tendues ; quelques-unes atteignent de grandes dimensions, en particulier sur les doigts de la main droite où certaines bulles allongées ont occupé presque toute la longueur du doigt. La plupart contiennent un liquide citrin ; plusieurs ont un contenu un peu rosé ; quelques-unes sont très nettement hémorragiques.

Le 16 octobre. — L'enfant qui, la veille, était sans entrain et sans appétit, est aujourd'hui atteinte de fièvre intense et d'un érythème scarlatinoïde étendu à tout le thorax. La température s'élève à 39°,1 le matin.

M. Hallopeau diagnostique la scarlatine et envoie la petite malade dans le service d'isolement, dirigé par M. Dufour qui confirme ce diagnostic.

Il s'est produit, en même temps que l'exanthème scarlatin, une poussée bulleuse plus abondante que les précédentes et occupant le cuir chevelu,

l'oreille droite, l'aile gauche du nez et les doigts de la main droite. Toutes ces bulles occupent la place de bulles anciennes. Celle de l'aile gauche du nez, développée sur la trace d'une ancienne bulle hémorragique, renferme un liquide séro-purulent. Celles des doigts sont hémorragiques.

D'après les renseignements qui nous ont été obligeamment donnés par M. Dufour, l'enfant a été atteint d'une scarlatine bénigne ; la fièvre n'a duré que 2 jours ; la desquamation consécutive a été très modérée et n'a pas entraîné la disparition des kystes épidermiques.

Une biopsie a été pratiquée sur une des macules de l'avant-bras couverte de kystes épidermiques. Les résultats en seront donnés par M. Milian, dans la prochaine séance.

Une ponction lombaire, pratiquée le 6 novembre par M. Dufour, a donné un liquide limpide, eau de roche, sans hypertension. Les lymphocytes sont en nombre un peu plus élevé que normalement.

L'examen du sang et du liquide des bulles a été fait, le 8 octobre, par M. Aine, interne du service.

EXAMEN DU SANG. — Il y a augmentation du nombre des globules blancs, avec prédominance des lymphocytes et des petits mononucléaires. L'éosinophilie est peu accusée.

On trouve, pour 100 globules blancs :

Polynucléaires	35
Éosinophiles	5
Grands mononucléaires.....	16
Petits mononucléaires et lymphocytes.....	44

EXAMEN DU LIQUIDE DES BULLES. — On trouve, même dans les bulles qui ne sont pas nettement hémorragiques, surtout des hématies en nombre assez considérable. On y constate, en outre, quelques globules blancs déformés (poly- ou mononucléaires), quelques débris cellulaires, pas d'éosinophiles.

Depuis le premier cas de cette affection décrite par M. Hallopeau (1890) (1), les observations publiées ont été rares puisque, abstraction faite des cas litigieux sans kystes épidermiques, M^{me} Grandjean-Bayard (2) n'en a relevé que 14 faits authentiques.

Nous trouvons, chez notre petite malade, comme dans la plupart des faits rapportés par les auteurs : l'absence d'hérédité, le début dans les premiers mois de la vie, le siège d'élection des bulles sur le plan d'extension des membres avec prédominance au niveau des arti-

(1) HALLOPEAU. Sur une dermatose bulleuse congénitale avec cicatrices indélébiles, kystes épidermiques et manifestations buccales. *Bull. de la Soc. de Derm. et de Syph.*, 1890.

(2) GRANDJEAN-BAYARD. Étude sur le pemphigus congénital à kystes épidermiques. *Th. inaug.*, Paris, 1906.

culations des genoux, des coudes et des extrémités ; la production consécutive de kystes épidermiques et d'atrophies cicatricielles, enfin les dystrophies unguéales.

Mais cette observation nous paraît intéressante par l'abondance des kystes épidermiques, l'intensité des dystrophies unguéales, l'absence de phénomènes subjectifs, l'intégrité absolue des muqueuses, l'absence complète d'hyperhidrose, enfin l'apparition exclusivement spontanée des bulles.

Une nouvelle préparation de calomel injectable.

Par MM. EUDLITZ, LAFAY et LÉVY-BING.

L'injection de calomel, en syphilithérapie, est particulièrement énergique et rapide : c'est la médication puissante, parfois héroïque qui frappe fort et vite. Mais elle est, de toutes les injections mercurielles, la plus douloureuse, et celle qui expose le plus aux réactions inflammatoires. Aussi la réserve-t-on aux accidents de la syphilis bien plus qu'on ne l'applique au traitement de fond, méthodique et prolongé, de la maladie.

Pour élargir l'emploi de ce précieux médicament et le rendre plus facilement maniable, sans toutefois rien lui faire perdre de son efficacité, les syphiligraphes depuis Scarenzio, et les pharmacologues depuis Zambelletti se sont maintes fois ingénies à perfectionner la formule primitive.

Tel est aussi notre but en présentant à la Société cette nouvelle préparation, qui nous a donné, au point de vue tolérance, des résultats vraiment très supérieurs à ceux obtenus jusqu'alors avec toutes les anciennes formules de calomel injectable.

La clinique journalière démontre que l'huile grise à 40 p. 100 de mercure est remarquablement mieux supportée par les tissus que les huiles mercurielles à bas titre, improprement dénommées huiles grises, et dont il faut injecter un demi ou même 1 centimètre cube pour un poids donné de mercure. Frappés de cette observation, nous nous sommes demandé si l'intolérance calomélique ne proviendrait pas, dans une large mesure, de la même cause initiale, autrement dit. s'il n'y aurait pas intérêt à remplacer la formule habituelle de calomel, à 5 ou 10 centigrammes par centimètre cube, par un calomel fort, à 40 centigrammes, dont on n'injecterait ainsi que un quart ou même un huitième de centimètre cube. Nos observations, encore trop peu nombreuses pour trancher définitivement un tel problème, semblent, d'ores et déjà, donner raison à notre conception théorique. C'est la relation des 138 piqûres faites à ce jour que nous venons soumettre à la Société. Nous tenons toutefois à bien spécifier dès main-

tenant, que cette communication a moins pour objet de trancher cette grosse question que d'engager au contraire nos confrères, et plus spécialement les syphiligraphes, à l'étudier avec nous et à venir, par de nombreuses observations, confirmer, croyons-nous, nos résultats actuels.

A cet effet, et pour faciliter les recherches ultérieures, nous allons préciser, dans leurs moindres détails, le mode d'obtention du produit et la technique de l'injection. Nous terminerons par une analyse rapide des observations recueillies tant à l'hôpital que dans la clientèle privée.

I. PRÉPARATION DU PRODUIT. — Elle comprend : le calomel, l'excipient et le dosage du médicament.

A. *Calomel*. — Après une porphyrisation parfaite, le calomel sera lavé à l'éther officinal comme l'exige le Codex français, ou à l'alcool bouillant comme le recommande, en Italie, le Dr Zambelletti. Il est indispensable si l'on suit le procédé français, d'employer l'éther officinal, ou pur, complètement déshydraté, et non l'éther rectifié du commerce, encore appelé éther sulfurique, qui renferme de l'eau, de l'alcool, et parfois des dérivés étrangers. Dans tous les cas, ces diverses opérations devront être faites à l'abri de la lumière qui altère rapidement le protochlorure de mercure.

B. *Excipient*. — L'excipient choisi est celui que nous avons préconisé déjà, ici même, pour l'huile grise et qui assure à ce produit une tolérance et une assimilation que l'expérimentation a établies d'une façon assez indiscutable pour qu'il ne soit pas nécessaire d'y revenir à nouveau. Cet excipient se compose de lanoline et d'huile de vaseline en proportions un peu variables suivant la température. Lanoline et huile de vaseline sont camphrées à 5 p. 100, comme le pratique depuis longtemps le Dr Zambelletti pour l'huile de vaseline.

Nous n'ajoutons à notre préparation aucun anesthésique ; cette addition, parfaitement inutile quand l'excipient est neutre et par lui-même indolore, ne saurait intervenir contre la douleur calomélique qui ne se produit guère (quand elle se produit), que deux ou trois jours après l'injection, c'est-à-dire alors que l'absorption de l'anesthésique est déjà un fait accompli. « Si l'on ajoute un anesthésique, gaïacol ou autre, écrivait il y a 2 ans M. Danlos, ce dernier est rapidement absorbé alors que la douleur due au calomel n'apparaît que 36 à 48 heures après l'injection et dure plusieurs jours. L'effet anesthésique a disparu longtemps avant que la douleur commence à se manifester ».

C. *Préparation proprement dite*. — On formule :

Calomel porphyrisé et lavé.....	0.40 centigr.
Lanoline anhydre camphrée au 1/20.....	3 p. 100
Huile de vaseline médicinale camphrée 1/20.....	7 p. 100

Q. s. p. 1 c. c.

On opère par simple mélange suivi de stérilisation.

Un centimètre cube contient 40 centigrammes de calomel, représentant 34 centigrammes de Hg. métallique.

Cette préparation présente la couleur et la consistance d'une crème épaisse, fluide à la température ordinaire, d'apparence uniformément homogène en raison du liant de la lanoline ; la prise d'essai et l'injection se font ainsi très facilement et avec la plus grande régularité, avantages du plus haut intérêt pratique.

La conservation en est indéfinie, l'excipient ne rancissant pas ; toutefois on devra éviter l'action de la lumière qui altérerait à la longue le sel de mercure.

II. TECHNIQUE DE L'INJECTION. — La technique est celle des injections insolubles en général et ne présente rien de particulier pour ce qui concerne le choix et l'asepsie de la région. L'injection proprement dite sera faite en deux temps et en plein muscle ; on devra, en retirant l'aiguille, avoir soin de ne pas « baver » dans le tissu cellulaire sous-cutané.

L'instrumentation est la même que pour l'huile grise à 40 p. 100, c'est-à-dire qu'elle comporte l'usage d'une seringue de faible diamètre et de graduation spéciale. Nous sommes en effet de ceux qui persistent à affirmer que *toute seringue de 1 centimètre cube, quelle qu'elle soit, est mauvaise* et pratiquement inutilisable pour l'huile grise. Il est impossible, même à l'opérateur le plus adroit, d'injecter exactement le chiffre de mercure calculé, qu'il croit et désire utiliser, sans une seringue spéciale. La démonstration mathématique en est du reste faite depuis longtemps.

Un autre avantage, capital en l'espèce, est le suivant : outre la certitude du chiffre exact de mercure injecté, cette seringue permet encore d'éviter les erreurs de dose qui pourraient résulter d'une minute d'inattention : même complètement remplie, elle ne contient en effet que 15 centigrammes de principe actif, qu'il s'agisse d'huile grise ou de calomel, doses qui pour être fortes et exceptionnelles, ne sont pas communément dangereuses.

La construction de cette seringue est basée sur le même principe que celle de notre regretté maître et ami, le Dr Barthélemy : *dosage d 1 centigramme de principe actif par division de la tige du piston*. Elle en diffère en ce que toutes ses parties sont facilement stérilisables sans détérioration, contrairement à ce qui se produisait avec la seringue Barthélemy dont le piston en cuir ne permettait pas l'ébullition. Il est vrai qu'après une première aseptisation de la seringue, toute ébullition ultérieure est parfaitement inutile : ce qui reste du produit mercuriel dans le corps de pompe est amplement suffisant pour maintenir indéfiniment aseptique une seringue en service. C'est là encore un point que la pratique a surabondamment démontré.

Maissi le principe du dosage à 1 centigramme par division ne change pas dans les deux seringues, la graduation elle-même diffère sensiblement. L'huile grise du nouveau Codex français n'est pas, comme l'ancienne, à 50 centigrammes, mais à 40 centigrammes de principe actif par centimètre cube, exactement comme notre préparation actuelle de calomel injectable.

Ainsi l'espace compris entre deux divisions de la seringue de Barthélemy ne correspondra plus à 1 centigramme, mais seulement à 8 milligrammes. Il importait donc d'adapter l'instrument et sa graduation au titrage du nouveau médicament. Le contenu de notre seringue, divisée en 15 divisions, n'a pas été fixé inconsidérément; il représente la dose maxima de médicament, soit 15 centigrammes, qu'on peut être appelé à injecter dans les cas graves et urgents. La seringue, dans notre esprit, s'adapte ainsi à tous les composés insolubles de mercure : huile grise, calomel, salicylate, protoiodure, etc.

La perte correspondant au contenu de l'aiguille est prévue dans la graduation et a été calculée pour l'aiguille de 5 centimètres; le praticien n'a donc pas à s'en préoccuper. Pour ce qui est de l'aiguille, rappelons en passant, qu'il importe de la choisir longue et aussi fine que le permet le passage du médicament : un diamètre de six dixièmes de millimètre suffit quand le calomel est convenablement porphyrisé.

III. OBSERVATIONS. — Le nombre des piqûres faites à ce jour est de 138, dont 90 à l'hôpital (Saint-Lazare), et 48 dans la clientèle de ville. Elles se répartissent sur 25 malades : 8 hommes et 17 femmes.

1^o *Hôpital Saint-Lazare* (Dr Lévy-Bing). — Les malades, au nombre de 15, toutes des femmes, ont reçu 90 injections, soit 6 par malade.

Les doses injectées ont été de 5, 7 et 10 centigrammes.

Les accidents traités ont été : chancres, roséoles, plaques muqueuses, syphilides cutanées et gomme de la petite lèvre.

Tolérance — 9 injections ont laissé à leur suite de petites nodosités de la dimension d'un pois ou d'une lentille; 3 ont causé un empâtement de la fesse, de la dimension d'une pièce de 5 francs, mais sans rougeur et sans phénomènes inflammatoires; jamais d'abcès. Au point de vue douleur, 30 ont occasionné de la douleur, mais cette douleur a été très variable; dans 6 cas seulement la douleur a été assez forte et a duré de 4 à 6 jours, mais sans jamais immobiliser les malades. Dans les 24 autres cas, la douleur a été plutôt faible et de courte durée, ne se manifestant guère que pendant une seule journée, généralement vers le troisième jour; parfois même cette douleur était si peu marquée qu'elle n'apparaissait qu'à la palpation de la fesse. Dans 6 cas seulement, qui ne correspondent pas aux 6 piqûres douloureuses, la marche a été gênée et s'est faite avec une légère difficulté pendant 2 ou 3 jours. Pas une seule fois nous n'avons eu à entre-

gistrer de très grosse douleur. Pour les 68 autres injections, nous n'avons noté aucune espèce de douleur, ni spontanée ni provoquée. Plusieurs fois nous avons fait l'épreuve par comparaison, en injectant à la même malade tantôt du calomel, tantôt de l'huile grise : dans un certain nombre de cas, le calomel s'est montré plus douloureux que l'huile grise ; chez d'autres malades, huile et calomel ont été également indolores.

2°. *Clientèle privée* (Dr Eudlitz). — Les malades traités sont au nombre de 10, 8 hommes et 2 femmes ; ils ont reçu en tout 48 injections.

Les *doses injectées* ont été toutes de 5 centigrammes, sauf 1 de 6 centigrammes. Les *accidents traités* n'étaient pas particulièrement graves, à part un chancre phagédénique du gland et une gomme de la peau. La plupart des malades étaient en cours de traitement par l'huile grise.

Tolérance. — Une seule injection a causé une petite nodosité très minime ; pas d'empatement, pas d'abcès.

Au point de vue douleur : 22 injections ont présenté une douleur variable, jamais forte. Dans 5 cas, il y a eu pendant 3 jours, un peu de boiterie, sans empêcher la marche. Dans 1 cas, chez un tailleur, la douleur n'existait qu'au moment du croisement des jambes, pendant le travail, pour prendre l'attitude professionnelle. Parmi ces injections douloureuses nous comprenons également celles de 2 malades faisant de la bicyclette ; ces douleurs ont été si peu marquées qu'elles n'ont à aucun moment entravé ce mode de locomotion. Les 26 autres piqûres ont été *tout à fait indolores*, et parmi elles, il en est 3 de particulièrement intéressantes : une femme, sur sa demande formelle, avait reçu deux injections, une dans chaque fesse, d'un calomel soi-disant indolore ; l'une et l'autre provoquèrent une telle douleur que la malade dut garder le lit, la première fois 2 jours, la seconde fois 3 jours. Cette même malade a supporté sans la moindre douleur, 3 piqûres, une par semaine, de notre préparation.

L'immense supériorité de ce nouveau calomel ressort manifestement de la simple comparaison de nos résultats actuels avec ceux du même expérimentateur utilisant les anciennes formules à 5 et 10 centigrammes par centimètre cube, résultats consignés dans sa thèse (1) :

	Avec les anciennes formules.	Avec notre formule.
Piqûres horriblement douloureuses.....	10 p. 100	0 p. 100
— très douloureuses	50 „	0 „
— douloureuses, très supportables.....	20 „	33 „
— indolores	20 „	67 „
	100 „	100 „

(1) A Lévy-Bing. Les injections mercurielles intramusculaires dans la syphilis, 1902, p. 194.

IV. CONCLUSIONS. — L'excellence des résultats obtenus à la suite de nos 138 injections nous autorise à porter les conclusions suivantes :

1° Remplacer les anciennes formules de calomel injectable à 5 et 10 centigrammes pour 1 centimètre cube, par un calomel fort, de même concentration que l'huile grise officinale à 40 p. 100.

2° Adopter ce titrage unique, à 40 p. 100, pour toutes les injections mercurielles *insolubles* : huile grise, calomel, salicylate, oxyde jaune, proto-iodure, etc.

3° Au lieu de la seringue ordinaire de 1 centimètre cube, cause d'erreurs impossibles à éviter, utiliser exclusivement une seringue de faible diamètre, graduée à 1 centigramme de principe actif par division de la tige du piston.

4° Cette seringue ne sera pas spéciale au calomel, mais s'appliquera à toutes les injections mercurielles insolubles : calomel, huile grise, oxyde jaune, proto-iodure, salicylate, etc

Préparé et injecté comme il vient d'être brièvement rapporté, ce nouveau calomel possède une action « énergique et rapide », avec une tolérance infiniment supérieure à celle des formules jusqu'alors utilisées.

M. A. FOURNIER. — Il y a pas d'injection mercurielle qui ne soit jamais douloureuse. Ce que nous craignons avec le calomel, c'est la douleur spéciale, la douleur *épouvantable* (épouvantable, je répète le mot) qui accompagne parfois son emploi. Je demande aux présentateurs s'ils en ont observé de semblable avec la nouvelle préparation qu'ils préconisent.

M. LÉVY-BING. — Sur 90 injections je n'ai pas observé de douleurs vives.

M. EUDLITZ. — Moi de même et tous ces malades ont pu vaquer à leurs occupations habituelles.

M. MILIAN. — J'ai essayé, il y a 2 ans, une préparation identique comme titrage à celle préconisée par M. Lafay et qui avait été préparée par M. Vigier. M. Vigier avait, dès cette époque, eu la pensée de préparer le calomel à dose concentrée comme l'huile grise, de manière à injecter le plus petit volume possible de substance pour la même quantité de médicament.

J'ai fait environ une trentaine d'injections de ce produit. J'y ai renoncé parce que sa supériorité sur les formules ordinaires ne m'a pas paru évidente et que c'eût été apporter une nouvelle complication dans l'arsenal déjà si compliqué des préparations mercurielles.

Le produit m'est, en effet, apparu aussi douloureux que les injections de calomel ordinaires ; son opacité le rendait plus difficilement dosable ; enfin, il oblitérait à chaque instant les aiguilles, *au cours même de l'injection*, ce qui était un inconvénient très désagréable. C'est surtout ce dernier ennui qui m'a fait renoncer à la nouvelle préparation.

A ce propos, voici qu'encore se pose la question du calomel indolore comme des injections mercurielles indolores en général. Qu'on me permette

de redire une fois de plus, que l'idée de rendre un sel mercuriel indolore est presque une utopie.

Qu'on veuille bien analyser ce qui se passe quand on pratique une injection mercurielle. S'il s'agit d'une *injection soluble*, la douleur est immédiate, elle dure 2 ou 3 heures, plus ou moins intense, puis s'éteint. C'est la causticité propre du produit qui est en cause et on peut la graduer en allant du plus caustique au moins caustique: cyanure de mercure, biiodure, benzoate. C'est le benzoate de mercure (formule de Gaucher) qui paraît le moins douloureux. Si l'on ajoute un anesthésique comme la cocaïne au sel soluble, on arrive à effacer la douleur pour la durée d'action de l'anesthésique, c'est-à-dire un temps à peu près suffisant, mais cela est au prix d'une intoxication nouvelle surajoutée et qui peut présenter de sérieux inconvénients, puisque on doit répéter quotidiennement, outous les 2 jours, les injections. C'est pour cette raison qu'on a dû renoncer à l'addition d'anesthésique aux sels solubles et qu'on s'est résigné aux solutions pures et simples des sels mercuriels.

Pour les *injections insolubles* (calomel, huile grise) que se passe-t-il? La douleur immédiate est nulle ou à peu près. C'est 24 ou 36 heures après qu'elle commence, parallèle à l'intensité de la réaction inflammatoire. Il n'y a de douleur appréciable que quand une collection se produit dans la fesse et il y a des douleurs modérées, moyennes ou fortes suivant que la réaction locale est modérée, moyenne ou forte.

Or qu'est-ce qui commande cette réaction? C'est non pas l'excipient mais bien l'endroit où a été déposée l'injection. Quand l'injection a été purement intramusculaire, il ne se produit aucune réaction locale; quand elle est déposée sur du tissu conjonctif: tissu cellulaire, aponévrose, périoste, il y a une réaction violente.

C'est en observant ces faits, que j'ai vérifiés par l'expérimentation, que j'ai pu me convaincre de cette vérité qu'il y a non pas des sels indolores mais une technique indolore. Que le calomel soit toujours injecté dans le muscle et non dans un espace conjonctif, et l'injection donnera le minimum de douleur. Je sais bien que c'est là la difficulté et que nul ne peut être absolument certain d'y arriver à tout coup. Tout ce que je puis concéder aux excipients de petit volume c'est qu'ils favorisent l'obtention de cette technique parfaite, en permettant un dépôt exactement localisé au bout de l'aiguille sans diffusion dans les environs.

Si l'excipient était responsable de la réaction, l'idéal serait de n'injecter que le calomel en poudre. C'est ce qu'on obtient avec les suspensions aqueuses de calomel, où l'eau est résorbée avec la plus grande rapidité. Or, dans ces conditions, douleur et réaction locale obéissent aux lois que je viens d'indiquer.

Leucoplasie linguale très étendue, traitée par l'extirpation.

Par M. MORESTIN.

Quand la leucoplasie linguale résiste au traitement spécifique associé ou non aux nombreux topiques préconisés en pareil cas, ce

qui malheureusement est la règle, l'extirpation chirurgicale de la muqueuse altérée me paraît indiquée de la manière la plus formelle. Pour les petites plaques circonscrites, l'opération est si simple et d'une bénignité telle qu'elle n'est pas discutable. Mais s'il s'agit d'une leucoplasie très étendue couvrant la plus grande partie de la face dorsale de la langue, l'intervention peut sembler tout d'abord difficile, complexe et même dangereuse, outre que l'on se défend malaisément de certaines craintes au sujet du fonctionnement ultérieur de l'organe.

Heureusement les faits montrent que ces appréhensions ne sont pas justifiées et la décortication de la langue, pratiquée selon une technique convenable, non seulement est très bien supportée, mais fournit régulièrement les plus beaux résultats. Je vous en présente un exemple très démonstratif, car les lésions occupaient une étendue considérable de la face dorsale et des bords et envahissaient même, au-dessous de la pointe, une partie de la face inférieure.

Le malade Léon F..., âgé de 73 ans, est entré le 28 juillet 1907 dans mon service, à la maison Dubois, m'étant adressé par M. le professeur Gaucher. F... a eu la syphilis à l'âge de 22 ans et il a toujours été grand fumeur. La présence de plaques blanches sur la partie antérieure de la langue aurait été constatée pour la première fois il y a 7 ans.

Actuellement, les lésions, à divers stades, sont telles que tout le revêtement dorsal de l'organe doit être considéré comme altéré depuis la pointe jusqu'à un travers de doigt du V lingual. Il y a en outre une enclave triangulaire sur la face inférieure, descendant de la pointe vers le filet où elle se perd. Les bords sont atteints dans toute la longueur de la partie libre. De ces plaques, les unes sont d'un blanc brillant, éclatant, d'autres opalines, d'autres, principalement vers la pointe, au voisinage de la ligne médiane et dans la moitié gauche de la face dorsale, sont végétantes, papillomateuses. En quelques points, ces végétations sont tellement allongées et touffues que l'on peut à bon droit supposer qu'il s'agit bel et bien de parties déjà épithéliomateuses. Le malade est fort gêné dans la mastication, il souffre, et ses douleurs s'irradient parfois dans l'oreille droite. Le goût est profondément altéré. Il n'y a pas de ganglions perceptibles dans les régions sous-maxillaire et carotidienne, ni de l'un, ni de l'autre côté.

Le 29 juillet, je pratique la décortication de la langue. Le sujet étant endormi, et les mâchoires maintenues écartées, je place d'abord quatre fils fixateurs, l'un traversant la pointe de la langue, le second passant en arrière, au niveau du sommet du V, les deux autres à la partie la plus reculée des bords. Je trace alors sur la face dorsale deux incisions obliques d'arrière en avant et de dehors en dedans, partant des extrémités des deux branches du V et se réunissant

sur la ligne médiane, traçant elle-même un V représentant la partie demeurée saine de la muqueuse dorsale. Tout ce qui est en dehors doit être sacrifié. Je trace donc deux autres incisions qui, partant en arrière des mêmes points que les deux précédentes, suivent les bords de la langue, sur la limite de la face inférieure. Au voisinage de la pointe, je fais décrire à chacune d'elles une courbe pour comprendre dans le territoire condamné la plaque triangulaire de la face inférieure. Elles se réunissent sur le filet au-dessous de cette plaque triangulaire. Alors je dissèque avec les ciseaux toute la muqueuse comprise entre les incisions dorsales et les incisions marginales. La muqueuse est enlevée dans toute son épaisseur, et garde même à sa face profonde une couche de faisceaux musculaires.

L'hémorragie assez abondante est promptement maîtrisée par la compression. La vaste plaie laissée par l'exérèse de la muqueuse est alors réunie soigneusement. Je suture le bord droit au bord gauche, adossant l'une à l'autre les deux moitiés de la surface cruentée, jusqu'au niveau du triangle conservé de la muqueuse dorsale. Alors je suture les bords latéraux aux côtés correspondants de ce triangle. Les sutures dessinent finalement un Y. La langue, après cette suture, paraît allongée, boudinée, mais la réunion a été obtenue sans tension, sans effort.

Dès le lendemain, je constate un gonflement de la langue et du plancher buccal; une teinte ecchymotique foncée indique que l'infiltration sanguine assez abondante est la principale cause de ce gonflement. Instruit par mes cas antérieurs, je ne m'en tourmente en aucune façon. Les suites sont en effet très bonnes; il n'y a ni fièvre, ni aucun phénomène d'infection. La gêne dans les mouvements de la déglutition et la salivation surabondante sont pénibles pendant quelques jours, mais tout s'arrange très vite. Au bout d'une semaine, la tuméfaction a presque disparu; la réunion primitive est obtenue et les fils sont retirés le huitième jour.

Dès le lendemain de l'intervention, l'opéré avalait de l'eau et des tisanes, le troisième jour il prenait du lait; à partir du dixième, des purées; au vingtième, il commençait à mastiquer quelques aliments solides. Il est actuellement aussi bien que possible. Depuis longtemps il a repris des habitudes alimentaires normales. La langue s'est étalée, elle a perdu son aspect boudiné, la muqueuse de la face inférieure a prêté, s'est laissé distendre et de fait, la face dorsale a reparu, couverte d'une muqueuse lisse et rosée. C'est à peine s'il persiste quelques petites difficultés d'articulation; elles passent inaperçues quand le sujet s'observe. La pointe de la langue est un peu bridée ce qui n'arrive pas habituellement dans ces sortes d'interventions, et s'explique ici par la résection qu'il a fallu faire d'une certaine quantité de la muqueuse de la face inférieure et du filet.

M. GAUCHER. — Je voudrais insister sur l'utilité de l'éradication effectuée chez ce malade par M. Morestin : il faut, en pareil cas, pratiquer la décortication de la langue.

M. FOURNIER. — J'ai observé longtemps un malade sur lequel notre regretté collègue le Dr Tillaux avait pratiqué une décortication linguale pour une forte leucoplasie. Or, la dégénérescence épithéliomateuse ne s'est pas produite sur lui, au moins pour de longues années.

Cheiloplastie par destruction de la lèvre supérieure par syphilis tertiaire. Greffe d'une moustache.

Par M. MORESTIN.

Ce malade m'a été adressé autrefois par M. le professeur Fournier. Une syphilis terrible avait détruit chez lui plus des deux tiers de la lèvre supérieure, la commissure droite et la partie rétro-commissurale de la joue correspondante.

J'ai pratiqué tout d'abord la restauration de la lèvre supérieure, en prélevant d'une part à droite un lambeau sur la lèvre inférieure, comprenant environ un tiers de cette lèvre, et d'autre part en mobilisant à gauche les débris de la lèvre supérieure qui persistaient de ce côté, et la partie adjacente de la joue, transformée en lambeau rectangulaire par deux incisions horizontales superposées passant l'une par la commissure, l'autre à la hauteur du bord libre de l'aile du nez. Le résultat fut bon, en ce sens que j'arrivai à reconstituer un orifice buccal souple, régulier, symétrique et continent. Mais je n'en étais pas complètement satisfait, parce que les régions où j'avais dû emprunter mes matériaux pour la cheiloplastie ayant été elles-mêmes frappées par la syphilis, la lèvre nouvelle présentait un aspect cicatriciel et les poils y étaient semés très irrégulièrement. J'eus alors l'idée de greffer une moustache sur cette lèvre supérieure. Le sujet étant porteur d'une barbe assez abondante, je prélevai de chaque côté sur les joues deux lambeaux allongés, que je fis pivoter d'arrière en avant autour de leur pédicule situé en arrière des commissures, et que j'installai sur la lèvre préalablement dépouillée de ses mauvais téguements cicatriciels. Les deux lambeaux furent suturés l'un à l'autre sur la ligne médiane, puis au bord libre de la lèvre, puis en haut, aux bords de la plaie laissée par l'écorché de la lèvre.

Le succès le plus complet a couronné cette tentative. Les lambeaux ont très bien vécu et se sont adaptés à merveille à leur situation nouvelle. Ils n'ont eu à souffrir d'aucun trouble trophique ; les bulbes pileux ont conservé toute leur vitalité, et mon opéré est aujourd'hui porteur d'une moustache dont il est véritablement difficile de soup-

çonner la transplantation. L'opération datant de plus de quatre ans, le résultat peut être considéré comme définitif.

Mutilation syphilitique du nez et de la lèvre supérieure. Atrésie des narines et de l'orifice buccal. Opérations réparatrices diverses. — Rhinoplastie.

Par M. MORESTIN.

Au mois d'avril 1904, notre excellent collègue Queyrat m'adressa ce malade, dont la face avait été ravagée par la syphilis. Il portait sur tout le visage un grand nombre de cicatrices caractéristiques,



FIG. 1.

mais ce qui frappait surtout, c'était l'affreuse mutilation du nez et des parties adjacentes de la lèvre supérieure. A la vérité, le squelette osseux n'avait subi aucune atteinte, mais les lésions n'en étaient pas moins considérables et d'un traitement extrêmement difficile. La

face semblait profondément déprimée à son centre. Un amas cicatriciel irrégulier et confus occupait l'emplacement des narines. Il ne restait aucun vestige reconnaissable des ailes du nez, du lobule ou de la sous-cloison. Les orifices narinaux s'étaient pour ainsi dire complètement oblitérés, et c'est à grand'peine que l'on pouvait faire pénétrer un très fin stylet dans deux pertuis minuscules, donnant



FIG 2.

accès dans les fosses nasales, à travers d'épaisses barrières fibreuses. La respiration nasale était complètement abolie, et l'on sait combien pénible est la situation qui résulte d'un obstacle permanent et absolu à la respiration par le nez.

La lèvre supérieure était couverte de cicatrices, rétractée, trop courte en son milieu, attirée vers le nez et quelque peu retroussée, montrant à l'extérieur une partie de sa face muqueuse. Il y avait entre les deux lèvres des adhérences formant de chaque côté une palmure commissurale et diminuant très notablement l'orifice buccal.

Je commençai par rendre à cet orifice ses dimensions, en débridant à droite et à gauche la palmure commissurale et en plaçant des sutures unissant les deux bords de chaque tranche de section.

Dans un autre temps je rendis à la lèvre supérieure sa hauteur, en la séparant du massif cicatriciel nasal par une incision transversale, en lui donnant de la mobilité par des incisions obliques continuant



FIG. 3.

des deux côtés la précédente, suivant les sillons naso-géniens, en abaissant la lèvre, en réunissant une partie de la plaie selon une ligne verticale médiane et en assurant par des sutures convenables la nouvelle attitude de la lèvre.

Jusque-là, les choses étaient assez simples. Je m'occupai alors de rétablir la perméabilité nasale. Des débridements multiples suivis de dilatations avec des drains et des lamineires furent à deux reprises stériles. J'extirpai alors la masse inodulaire qui bouchait l'entrée des fosses nasales. Ainsi je pus obtenir, non sans des soins

très attentifs, deux orifices perméables, que j'agrandis par de nouveaux débridements et une dilatation prolongée.

Tout cela nécessita près de deux ans. J'obtins enfin des orifices spacieux et permanents.

Entre temps, j'avais fait çà et là disparaître un certain nombre des cicatrices faciales les plus visibles, par excisions suivies de réunion.

Au commencement de cette année, j'ai pratiqué la rhinoplastie,



FIG. 4.

en taillant sur le front un grand lambeau ogival à pédicule inférieur, répondant à la racine du nez et aux portions adjacentes des régions sous-orbitaires, en gardant dans ce lambeau une lame du frontal, et en abaissant le cadre osseux, limitant l'orifice squelettique des fosses nasales. Ce cadre osseux de vertical devient horizontal, le lambeau ostéo-cutané du front, entraîné à sa suite, vient reconstituer le nez. La plaie d'emprunt frontale est réunie. Les deux pédicules latéraux sont très suffisants pour assurer la vitalité des lambeaux.

J'ai pu, par ce procédé, reconstituer un appendice nasiforme. Comme il me paraissait faire une saillie insuffisante, je l'ai allongé en y injectant de la paraffine.

Il y aurait encore quelques retouches à faire, pour diminuer, par exemple, la largeur du nez à sa racine et pour le séparer un peu plus nettement des joues ; mais enfin tel quel, le résultat est en somme



FIG. 5.

acceptable. Pour en juger, il faut remonter au point de départ et comparer l'état actuel à celui où se trouvait ce malheureux homme au commencement de 1904.

**Cancer sur un lupus de la face. Extirpation.
Greffes dermo-épidermiques.**

Par M. MORESTIN.

Au Congrès de Chirurgie de 1903, j'ai consacré aux cancers greffés sur les lupus, un travail où j'envisageais surtout le traitement opératoire de ces lésions, et auquel je donnais les conclusions suivantes :

A. Le siège habituel, le mode d'envahissement et la marche des épithéliomes greffés sur de vieux lupus les rendent, pendant une longue période, très accessibles à l'intervention chirurgicale utile.

B. Les suites des opérations dirigées contre des cas en apparence défavorables sont susceptibles de fournir des résultats satisfaisants.

C. L'extirpation est habituellement facile, mais la réparation souvent très délicate, en raison de la mauvaise qualité des téguments environnants et souvent de l'âge des malades.

D. Les greffes dermo-épidermiques appliquées secondairement,



FIG. 4.

c'est-à-dire après une période où la plaie aura été abandonnée pendant quelque temps à la réparation spontanée, trouvent ici une de leurs meilleures indications.

Depuis cette époque, mon opinion s'est encore affermie sur l'opportunité des opérations, en deux ou plusieurs temps, dans les épithéliomas étendus de la face, et j'ai fait un emploi de plus en plus courant des greffes dermo-épidermiques tardives.

Voici un cas qui paraissait extrêmement mauvais et dans lequel j'ai obtenu cependant un résultat satisfaisant :

M^{me} Françoise G... était atteinte depuis la première enfance d'un lupus de la face, lupus vulgaire ayant débuté au centre de la

joue gauche et s'étant de là étendu à la joue tout entière, à la région parotidienne, à la région malaire, à la tempe.

Sur ce terrain s'est développée, à une date récente, une tumeur végétante dont le siège initial repondrait, au dire de la malade, à la partie supérieure de la région massétérine ou de la région parotidienne. C'est seulement au mois d'octobre 1906, qu'elle aurait constaté la présence de cette lésion surajoutée. Quoi qu'il en soit, le



FIG. 2. — Plaie laissée par l'extirpation.

néoplasme s'accrut avec une rapidité relativement très grande, et prit bientôt des proportions considérables.

Quand je la vis au commencement de juin 1907, la tumeur, devenue énorme, occupait les régions parotidienne, temporale, malaire, et une grande partie de la région massétérine et de la joue, et englobait le pavillon de l'oreille. Elle s'étendait depuis le bord externe de l'orbite jusqu'à la mastoïde, et dans le sens vertical depuis une ligne horizontale passant à deux travers de doigt au-dessus du pavillon de l'oreille, jusqu'à une autre passant par l'extrémité du lobule et la limite inférieure de l'aile du nez. C'était une masse très végétante, molle, parcourue par de profondes crevasses, présentant de gros

mamelons d'un rouge violacé, et semée de détritits gris verdâtre, exhalant une odeur infecte, et dont la nature maligne ne laissait dès le premier abord aucun doute. La tumeur reposait sur une base dure, et adhérait dans la profondeur à l'arcade zygomatique et aux aponévroses voisines (fig. 1).

Le pavillon de l'oreille était complètement entouré par les lésions, soulevé par elles, en partie détruit, et un chou-fleur néoplasique émer-



FIG. 3. — Photographie de la tumeur.

geant du conduit auditif venait s'épanouir dans la conque. Il s'agissait, selon toute apparence, d'un épithélioma.

Fort heureusement, il n'y avait aucune adénopathie appréciable.

Bien que l'état général fût très médiocre, je me déterminai à agir. Mon cher ami Demoulin consentit à lui donner asile dans son service à Saint-Louis, le 4 juin, et c'est là que je l'opérai le 15 juin, en présence et même avec l'assistance de mon excellent collègue.

Les lésions circonscrites par une très grande incision circonferentielle, passant en haut dans le cuir chevelu, en bas au voisinage de l'angle de la mâchoire, entamant en avant le sourcil et les paupières, passant en arrière sur les limites postérieures de la mastoïde.

Je décollai le pavillon, sectionnant le plus profondément possible le conduit auditif externe, c'est-à-dire presque au ras du conduit osseux, réséquai l'arcade zygomatique en totalité, la plus grande partie de la parotide, coupant la carotide externe et le facial, supprimant les couches superficielles du masséter et l'aponévrose temporale.

Je réséquai en outre le condyle du maxillaire inférieur et le ménisque



FIG. 4. — Résultat obtenu après l'application de greffes dermo-épidermiques.

correspondant, dans le but de prévenir dans une certaine mesure la constriction des mâchoires, qui s'annonçait trop certaine.

Les ligatures faites, la plaie fut pansée à plat, doucement comprimée et j'ajournai toute intervention réparatrice. Voici une photographie qui, prise quinze jours après l'intervention, montre l'énorme étendue de la plaie, occupant la moitié gauche de la face et une grande partie du crâne (fig. 2).

La malade, d'abord un peu déprimée par cette grosse intervention, se ressaisit rapidement, et au bout de peu de jours, était hors de danger. La plaie se couvrit de bourgeons charnus, se nivela, et offrit bientôt une surface unie et lisse, au centre de laquelle persista pendant un certain temps, une dépression répondant à l'articulation temporo-

maxillaire réséquée. Au bout d'un mois environ, ce petit trou avait lui-même disparu. On avait, dès la malade remise des premières suites opératoires, commencé à mobiliser la mâchoire à l'aide des écarteurs appropriés.

Le 23 juillet, après curettage de la surface granuleuse, qui s'était spontanément réduite dans de très grandes proportions, je la couvris de greffes dermo-épidermiques.

Le résultat de ces greffes fut pleinement satisfaisant ; toutes ces greffes vécuront, et du coup la plaie était presque complètement épidermée. Il fallut néanmoins cinq à six semaines pour obtenir la disparition des petites plaies persistant dans les intervalles des greffes.

Actuellement, la guérison se maintient parfaite.

La difformité est bien moins choquante qu'on n'aurait pu le supposer, après la perte de l'oreille et d'une partie du cuir chevelu, la section du facial et la résection de l'arc zygomatique. Ce côté du visage est légèrement déprimé, la peau de la partie inférieure de la joue et celle du cou, attirée en haut, a recouvert une grande partie de la plaie. Ces téguments sont encore couverts de lupus, car je n'ai pas songé à supprimer la totalité des plaques lupiques, qui occupaient un territoire trop vaste (fig. 4).

Le conduit auditif demeure béant au fond d'une dépression cicatricielle, il est légèrement rétréci, mais peu. L'ouïe persiste absolument intacte. Bien que les paupières du côté gauche aient été entamées, elles ne sont actuellement ni déviées ni éversées, la gêne fonctionnelle qui empêche leur occlusion tient seulement à la paralysie faciale. L'œil ne présente aucune altération. La constriction des mâchoires ne pouvait être évitée complètement, mais elle est très modérée et ne gêne en rien la mastication.

L'examen histologique, fait par M. Cornil, a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux à globes épidermiques.

Ophtalmo-réaction tuberculeuse en dermatologie. Lupus tuberculeux et lupus érythémateux

PAR MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.

Chaque fois qu'une nouvelle méthode de détermination de la tuberculose est proposée, il importe de la vérifier par tous les moyens possibles. Le dermatologiste peut le faire avec d'autant plus de facilité que les lésions évoluent sous ses yeux ; il juge à la simple inspection de l'existence de la lésion et de ses modifications. La valeur de l'ophtalmo-réaction de Calmette, cette méthode si simple

et si précise, n'a plus besoin d'être démontrée, il importait seulement d'en déterminer l'importance et les conditions en dermatologie.

Deux séries de recherches ont été faites : l'une sur des lupus tuberculeux, l'autre sur des lupus érythémateux. Ces deux exemples ont été choisis parce que le lupus de Willan est une tuberculose admise maintenant par tous, tandis que l'origine des diverses formes du lupus érythémateux au contraire est encore très contestée, comme l'a montré le résultat de l'intéressante enquête faite par Thibierge (1).

Les résultats obtenus sur le lupus de Willan permettraient d'apprécier la fréquence et l'intensité de la réaction positive, sur une tuberculose cutanée évidente et serviraient à établir la méthode. Dans la série des lupus érythémateux, la présence ou l'absence de la réaction serait un nouveau moyen de déterminer d'une manière exacte la nature de l'affection, et un procédé pour connaître la manière dont se comporte une tuberculose atténuée et atypique en présence de ce réactif.

1^{re} SÉRIE. — *Lupus tuberculeux.*

Dix malades ont été choisis parmi les types les plus différents de lupus vulgaire, afin d'avoir des exemples de chaque variété (n° 2, 9, 10, 23, 24, 28, 36, 62, 70, 71 de la salle Cazenave).

4 ont donné une réaction forte (n° 2, 10, 62, 71).

2 ont d'abord donné une réaction douteuse qui, refaite une seconde fois, a été nette et d'intensité forte (n° 9 et 24).

2 réactions ont été douteuses (n° 70 et 23).

2 ont été négatives, bien qu'ayant été refaites trois fois (n° 36 et 28).

Le malade n° 36 a un très vaste lupus de la région cervicale antérieure, développé autour de fistules d'adénites tuberculeuses du cou; le centre du lupus est cicatrisé, mais le bord forme encore en plusieurs points de la périphérie un bourrelet infiltré actif. Le malade n'a pas de tuberculose interne cliniquement reconnaissable. Le malade n° 28 est un lupique traité depuis des années par Darier, puis par nous, par la tuberculine. Son lupus très ancien et très étendu est scléreux, cicatriciel, mais contient encore de nombreux nodules.

Cette série montre que, le plus souvent, le lupique vulgaire réagit à l'ophtalmo-réaction, que parfois une ophtalmo-réaction douteuse demande à être répétée pour être positive, enfin qu'exceptionnellement, l'ophtalmo-réaction peut être négative chez un lupique non douteux. On peut donc se demander si l'ophtalmo-réaction, pour se produire, n'exige pas une certaine imprégnation de l'organisme qui manquerait dans une tuberculose strictement localisée n'émettant pas de toxines. Ainsi s'expliquerait l'insuccès du n° 36, où le lupus

(1) *Annales de Dermatologie*, mars 1907.

tuberculeux localisé est déjà presque guéri. On peut supposer aussi que chez certains lupiques cachectiques et tuberculeux phthisiques, ce qui n'était pas le cas de nos malades, l'ophtalmo-réaction restera négative parce que l'organisme est trop imprégné de toxines. Le fait a été signalé pour les phthisiques pulmonaires. Peut-être l'insuccès de l'ophtalmo-réaction chez le malade n° 13 s'explique-t-il ainsi; ce malade traité par les injections de tuberculine ne serait plus sensible à une aussi petite dose de tuberculine que la goutte diluée de l'ophtalmo-réaction (1).

2^e SÉRIE. — *Lupus érythémateux.*

Quatre lupus érythémateux fixes, type herpès crétacé de Devergie, ont été éprouvés :

Le n° 11 et le n° 13 de la salle Gibert ont réagi nettement, mais faiblement.

Le n° 5 de la salle Cazenave a eu une première réaction douteuse, puis une seconde réaction moyenne.

Le n° 3 de la salle Cazenave a eu une réaction forte.

Le pourcentage des résultats positifs est donc plus fort que celui des lupus vulgaires qui cependant sont des tuberculoses évidentes. Cette constance des résultats est d'autant plus remarquable, que d'ordinaire les lupus érythémateux réagissent dans une proportion moins forte aux méthodes d'exploration telles que la tuberculine sous-cutanée, etc. Cette série de résultats positifs dans le lupus érythémateux a pu être exceptionnelle et due à un hasard heureux, mais il n'en reste pas moins acquis, que si l'ophtalmo-réaction est négative dans certains lupus érythémateux, cet insuccès ne signifie pas absence de tuberculose, puisque parfois le lupus vulgaire, tuberculose évidente, ne réagit pas.

Ces résultats indiquent les grands services que peut rendre en dermatologie l'ophtalmo-réaction; elle peut, ajoutée aux autres méthodes cliniques, aider à la précision d'un diagnostic étiologique. A ce propos, nous citerons le cas d'une acné congestive, proche du lupus érythémateux; la clinique semblait dire acné et non lupus, mais le doute était possible: l'ophtalmo-réaction négative a été un argument de plus pour repousser le lupus.

Toutefois, les résultats de cette méthode n'ont pas une valeur absolue. Si elle est négative, on peut avoir affaire à une tuberculose localisée strictement, puisque l'on sait que parfois la méthode est en

(1) Le malade réagit encore à l'injection de tuberculine sous-cutanée mais faiblement, beaucoup moins fortement qu'au début; il réagit à la cuti-réaction locale, chez lui la cuti-réaction en peau saine reste faible.

défaut dans des tuberculoses évidentes et que dans des tuberculoses douteuses, elle peut être négative alors que l'injection de tuberculine a été positive, comme nous venons de l'observer dans un cas de pityriasis rubra pilaire. Si la réaction est positive, elle prouve simplement que le malade, porteur de la dermatose suspecte, est un bacillaire, mais elle n'indique pas que la lésion cutanée soit bacillaire. En effet, le malade a pu, parce qu'il était tuberculeux pulmonaire ou ganglionnaire latent, réagir à la tuberculine sans que ses lésions cutanées soient tuberculeuses : par exemple si un sporotrichosique, atteint de tuberculose pulmonaire latente, a une ophtalmo-réaction positive faible, si l'on se fie à cette exploration pour admettre une tuberculose gommeuse sous-cutanée, on fait une erreur grave dans ses conséquences thérapeutiques.

En résumé, l'ophtalmo-réaction peut rendre en dermatologie de réels services, à condition de n'être pas considérée comme une méthode absolue et exclusive.

Cuti-réaction tuberculeuse sur la peau saine et sur les lésions cutanées. Cuti-réaction locale.

Par MM. DE BEURMANN et GUGEROT.

La « cuti-réaction locale » est la cuti-réaction faite, non sur la peau saine, mais sur la lésion suspecte de tuberculose. On raie avec la pointe d'un scarificateur la peau malade et la peau saine qui la borde, puis on dépose sur cette égratignure une goutte de tuberculine de l'Institut Pasteur de Paris, préparée pour les cuti-réactions. Si la lésion est tuberculeuse, il se produit une réaction locale plus ou moins vive mais presque toujours forte. Il est facile de juger par le souvenir de ce qu'était la lésion avant l'épreuve. Cette réaction locale s'accompagne souvent de réaction fébrile générale (1), mais cette réaction est courte et faible, elle ne présente pas les inconvénients de certaines réactions générales prolongées, provoquées par les injections sous-cutanées de tuberculine. Si la lésion n'est pas tuberculeuse, la réaction est minime ou nulle. Elle est nulle si le sujet ne possède pas de tuberculose latente interne ; elle est mi-

(1) La réaction générale peut s'expliquer par deux hypothèses qu'il faut associer : la tuberculine concentrée de la cuti-réaction (tuberculine au 1/10^e) peut être résorbée par l'éraillure et le tissu malade à épiderme aminci plus riche en vaisseaux semble mieux absorber que la peau saine, toutefois la quantité absorbée est toujours minime et ne doit guère atteindre 1/100^e de milligramme. Il faut donc admettre le concours d'un autre facteur, les lésions tuberculeuses en cuti-réaction locale s'enflammant, leurs bacilles doivent sécréter une quantité notable de toxines qui sont résorbées et déterminent la fièvre.

nime si le sujet est un tuberculeux viscéral. Jusqu'ici dans les cas éprouvés, la différence était d'ordinaire facile à saisir : la cuti-réaction locale, sur une lésion non tuberculeuse et chez un malade tuberculeux, était comparable à ce qu'est la cuti-réaction faite comparativement et simultanément sur la peau saine, parfois à peine plus prononcée, toujours moins forte que la réaction locale sur lésion tuberculeuse et facile à distinguer de cette réaction. C'est là pourtant une des causes d'erreur de la méthode que l'on pourra éviter en comparant la cuti-réaction locale et la cuti-réaction sur peau saine. Il est donc nécessaire de faire les deux épreuves simultanément.

Cette méthode nous semble avoir les avantages de la tuberculine sous-cutanée, en étant encore plus inoffensive ; elle permet de juger, elle aussi, par une réaction locale la nature de la lésion suspectée ; peut-être même est-elle supérieure à la tuberculine générale et provoque-t-elle plus souvent la réaction locale spécifique, car son principe est de déposer la tuberculine au point où la réaction sera la plus intéressante.

Elle a moins d'inconvénients que la tuberculine sous-cutanée ; elle rougit et tuméfie la lésion et l'ulcère superficiellement, mais la réaction locale s'apaise toujours ; la réaction générale est faible et ne prend jamais l'intensité de certaines réactions fortes par tuberculine sous-cutanée. Elle semble plus exacte que l'ophtalmo-réaction étudiée dans la note précédente. En effet, l'ophtalmo-réaction manque parfois dans des tuberculoses évidentes, elle n'indique pas que la lésion est tuberculeuse, mais seulement que le malade est tuberculeux ; la cuti-réaction, au contraire, juge par une réaction locale de la lésion même que l'on suspectait. Elle est moins coûteuse et a certes moins d'inconvénients que l'ophtalmo-réaction qui peut parfois provoquer des conjonctivites tenaces chez des bacillaires, ou réveiller une irido-choroïdite bacillaire ancienne.

On ne peut la comparer à la cuti-réaction faite sur la peau saine, qui, d'après la majorité des auteurs, semble chez l'adulte n'avoir pas grande valeur. La cuti-réaction en peau saine, même s'il était possible de l'apprécier exactement, prouverait seulement que le sujet est bacillaire. Ne s'accompagnant pas de réaction locale sur les lésions suspectées, elle ne prouve pas que la lésion suspectée soit bacillaire.

Cinq séries de recherches ont été faites avec la cuti-réaction locale :

1° Sur des lupus vulgaires, tuberculoses évidentes, admises par tous ;

2° Sur des lupus érythémateux, tuberculoses atténuées et contestées par beaucoup ;

3° Sur des lésions non tuberculeuses dues à des dermatoses n'ayant aucun rapport avec la bacillose ;

4° Sur des dermatoses parasitaires proches de la tuberculose, par exemple, la lèpre ;

5° Chez des malades tuberculeux atteints d'une dermatose non tuberculeuse, eczéma, sporotrichose associée à une tuberculose pulmonaire atténuée.

La cuti-réaction locale a toujours été faite en même temps qu'une cuti-réaction en peau saine, afin de pouvoir comparer les deux résultats.

I. *Lupus vulgaires*. — Douze essais ont été faits sur les variétés les plus diverses de lupus tuberculeux.

Dans tous ces cas, la réaction locale sur le lupus a été plus intense que la réaction sur la peau saine, lorsque la strie d'imbibition portait sur la partie infiltrée ou partie active du lupus. La différence a été le plus souvent très nette, parfois elle a été légère ; quelquefois la peau saine a réagi fortement, presque autant que le lupus ; dans le cas n° 14 les deux réactions sont égales. Jamais la réaction du lupus n'a été moins forte que celle de la peau saine.

La réaction sur lupus est caractérisée par un empâtement et une rougeur le long de la strie avec sensation de tension souvent douloureuse, puis la strie devient vésiculeuse, la rougeur et la tuméfaction augmentent. Lorsqu'on a fait des stries parallèles de 2 centimètres en 2 centimètres, il n'est pas rare que le lupus soit tout entier rouge et enflammé, et même que la rougeur et la tuméfaction débordent le placard lupique. Le deuxième et le troisième jour, la vésicule peut s'étendre et son liquide se troubler ; elle laisse une excoriation, parfois une ulcération superficielle, qui se recouvre d'une croûte. La réaction locale est d'ordinaire précoce et de peu de durée ; son maximum de netteté est entre la quinzième et la quarante-huitième heure ; elle persiste en s'atténuant pendant 3 à 5 jours, rarement 8 à 10 jours. Parfois elle est fugace et ne paraît nette que pendant 5 à 6 heures, entre la douzième et la vingt-quatrième heure. Il est donc nécessaire, pour l'apprécier, de suivre avec soin son malade.

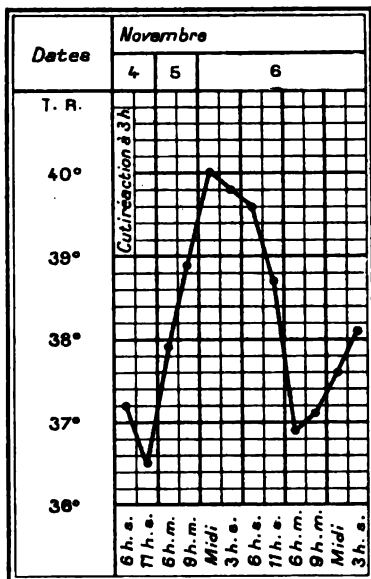
La cuti-réaction locale a été plus ou moins vive suivant les cas. Elle a été faible mais nette dans le cas n° 14 et dans le cas n° 10, où il y a eu cependant réaction générale fébrile. Elle a été moyenne dans le cas n° 23, lupome cicatriciel, où elle s'est accompagnée de réaction générale fébrile, et dans le cas n° 2, lupus cicatrisé, où il n'y a pas eu de réaction générale. Elle a été forte avec papulation, vésiculation, suppuration et exulcération dans les cas n° 24, S, A, 20, 13, 71, 28, 9, 16.

Le cas n° 23 est à retenir car il s'agit d'un lupome cicatriciel que, cliniquement, on aurait pu croire guéri. La cuti-réaction locale peut donc rendre de grands services dans l'appréciation de la guérison d'un lupus, elle indique si le traitement doit être continué ou cessé au point éprouvé par la tuberculine.

La partie cicatricielle d'un lupus vraiment guéri ne réagit pas (cas n° 16), ou ne réagit que très faiblement, comme le fait la peau saine.

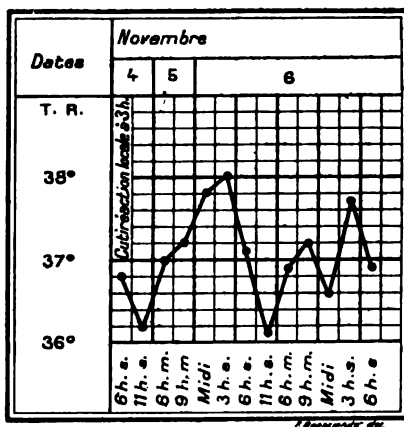
La cuti-réaction locale s'est accompagnée de réaction générale dans les cas S (38°), A (38°,2), 28 (38°), 71 (38°,2), 10 (38°,5), 23 (37°,9), 24 (37°,9),

Dans le cas n° 9, la fièvre a atteint 40°,1 à la dix-huitième heure. Ce cas est resté unique. Dès que la fièvre monte à 38°, la réaction générale se traduit par



Cuti-réaction locale sur un lupus. Exemple exceptionnel de réaction générale cutanée.

de la courbature et parfois par de vagues douleurs articulaires. Ces réactions



Cuti-réaction locale sur un lupus. Exemple de réaction générale moyenne habituelle.

fébriles sont de courte durée ; elles n'abattent pas le sujet qui refuse de se coucher.

Il n'y a pas de parallélisme entre l'intensité de la réaction locale et l'existence ou le degré de la réaction générale; les cas n° 13 et n° 20, où la réaction locale a été particulièrement vive, n'ont pas eu une température supérieure à 37°,7.

II. *Lupus érythémateux*. — Quatre essais ont été faits sur des lupus érythémateux fixes de la face et un essai sur un *lupus pernio* des extrémités.

Salle Cazenave, n° 5. — La cuti-réaction est faite sur le bras et sur une plaque lupique de la nuque; la réaction sur la peau saine est forte avec papulation et vésiculation. La réaction sur le lupus est des plus nettes, les stries sont saillantes, rouges, exulcérées; la rougeur et l'empâtement diffusent et envahissent toute la plaque.

Salle Cazenave, n° 44. — La cuti-réaction sur la peau saine est forte avec papulation et vésiculation. La cuti-réaction sur le bord malaire du lupus est intense avec tuméfaction rouge et douloureuse, vésiculation et ulcération superficielle que recouvre une croûte jaune verdâtre.

Salle Gibert, V. — La cuti-réaction sur le bras est moyenne, plutôt faible. La cuti-réaction sur la face latérale du nez lupique est extrêmement vive; la strie vésiculeuse est devenue le centre d'une tuméfaction très marquée, rouge et tendue, qui diffuse sur plus de 20 millimètres.

Salle Gibert, L. — La cuti-réaction sur la peau saine du bras est nulle; la cuti-réaction sur le bord jugal du lupus est faible et a été transitoire avec tuméfaction, rougeur et suintement séreux des stries.

La réaction a donc été extrêmement vive dans le cas V, très vive dans le cas n° 44, vive dans le cas n° 5, faible mais nette dans le cas n° L. Il n'y a eu de réaction générale dans aucun cas.

Lupus pernio, *salle Cazenave*, n° 61. — La cuti-réaction sur la peau saine a été faible, la cuti-réaction sur le placard lupique a été intense: la strie faisait une forte saillie rouge violacé et douloureuse; elle est devenue vésiculeuse et l'épiderme rompu laissait voir une ulcération linéaire assez profonde, sécrétant un liquide séreux.

III. *Lésions non tuberculeuses; syphilis, sporotrichose, eczéma chez des malades non tuberculeux cliniquement*. — La cuti-réaction sur la peau malade est un peu plus prononcée que sur la peau saine, sans doute parce que le tégument malade était déjà rouge et plus vascularisé. Mais la différence est minime; les réactions sont très irrégulières dans leur intensité qui semble dépendre de l'état de tuberculisation latente du sujet. Jamais la réaction n'a été aussi forte que sur les placards tuberculeux.

IV. *Dermatoses parasitaires proches de la bacilliose de Koch*. — *Lèpre*. — Sur 4 lépreux éprouvés, 2 n'ont pas réagi à la cuti-réac-

tion faite sur des lépromes infiltrés et encore en activité; 2 ont vivement réagi. Le premier essai a été fait sur un léprome résorbé de la face qui ne laissait plus qu'une teinte cuivrée fauve. Ce léprome a très vivement réagi avec papulation rouge sans vésiculation, tuméfaction et rougeur diffuse douloureuse, débordant la strie de 10 à 20 millimètres. Le deuxième essai a été fait sur un léprome infiltré de la jambe; la strie est devenue une sorte de nodule très saillant, indolore, violacé-brun sans presque de rougeur autour. Ni dans le premier, ni dans le second cas, il n'y a eu réaction générale.

V. *Dermatoses chez des malades tuberculeux atteints de dermatoses non tuberculeuses. Eczéma. Sporotrichose.* — La réaction sur la peau saine est d'ordinaire forte; la réaction sur la peau malade a une intensité à peu près égale, plutôt plus marquée. Cette réaction serait forte pour une cuti-réaction en peau saine; elle est faible pour une réaction sur peau malade si on la compare aux réactions habituelles du lupus. Il y a donc une faible réaction de la peau malade, bien que la lésion tégumentaire ne soit pas tuberculeuse. D'autre part, quelques réactions sur des lupus, tuberculoses incontestées, sont faibles, donc, entre la réaction « forte » sur peau eczémateuse d'un malade tuberculeux et la réaction « faible » du lupus, la différence serait bien petite s'il fallait l'invoquer pour poser un diagnostic.

Par cette série de faits, on voit que toujours la lésion tuberculeuse cutanée réagit à la cuti-réaction locale. Les tuberculoses typiques comme le lupus de Willan, et atypiques comme le lupus érythémateux, réagissent dans les mêmes proportions et avec une intensité presque égale, quoique différente. La lésion guérie ne réagit plus; certaines lésions paraissant guéries réagissent encore, parce que sans doute elle contiennent encore du tissu tuberculeux. On peut donc tirer de la cuti-réaction locale d'utiles indications thérapeutiques (1).

Pour juger de la valeur de la méthode, il nous a paru intéressant d'y soumettre un cas de *pityriasis rubra pilaire*; on sait que grâce aux travaux de Milian on suspecte maintenant la tuberculose dans l'étiologie si obscure de cette dermatose. Notre malade a été soumis aux autres épreuves de diagnostic par les tuberculines: injection sous-cutanée et ophtalmo-réaction. La tuberculine sous-cutanée a amené

(1) Dans ces indications thérapeutiques la cuti-réaction locale nous a semblé supérieure au moins dans un cas à la tuberculine sous-cutanée; en effet le malade ne réagissait plus localement qu'à des doses fortes de tuberculine sous-cutanée; l'ophtalmo-réaction était négative, on aurait pu croire le lupus guéri, or la cuti-réaction locale était nettement positive et montrait que la guérison n'était pas entière, et en effet une forte dose de tuberculine sous-cutanée provoquait une réaction locale et générale.

une réaction fébrile, dépassant 39° qui s'est prolongée pendant plusieurs jours, bien que la dose injectée ne fût que d'un dixième de milligramme; l'ophtalmo-réaction répétée deux fois a été négative; la cuti-réaction locale a été positive et marquée par une réaction locale des plus nettes, la strie est au centre d'une saillie marquée, les bords sont évasés, l'ulcération linéaire est profonde et suintante, la tuméfaction et la rougeur débordent la papulation de plus de 20 millimètres, si bien que des stries parallèles faites à 2 centimètres d'intervalle se confondent en un placard surélevé rouge et douloureux. En même temps se produit une réaction fébrile générale à 38°,1. Dans ce cas, la cuti-réaction locale a donné des résultats identiques à ceux de la tuberculine sous-cutanée, la réaction locale a même été beaucoup plus nette.

Cette méthode, si séduisante par sa simplicité, n'est pourtant pas parfaite.

Elle présente *trois causes d'erreur* :

La première cause est que certaines tuberculoses évidentes réagissent sans grande intensité, parfois même faiblement, pas plus que la peau non malade. Si le diagnostic de lésion tuberculeuse était douteux, *la cuti-réaction locale étant égale, ou à peine plus forte que la cuti-réaction sur la peau saine*, on ne pourrait conclure à une réaction locale de la lésion suspectée et le diagnostic resterait en suspens.

La deuxième cause d'erreur est la réaction relativement forte de certaines dermatoses chez des malades tuberculeux. S'il fallait poser un diagnostic, la cuti-réaction sur peau malade étant relativement forte, on hésiterait. La comparaison de la cuti-réaction sur peau saine et sur peau malade peut aider à trancher le doute : lorsque la cuti-réaction sur peau saine est faible ou nulle, et que la cuti-réaction sur peau malade est nette, on a le droit de conclure à une réaction locale.

Enfin, *la troisième cause d'erreur est la réaction parfois très vive que présentent certains lépromes*. Il n'y a donc pas spécificité absolue; le lépreux réagit localement à la tuberculine comme il a souvent une réaction générale avec la tuberculine sous-cutanée.

Ces inconvénients, qu'il ne faut pas dissimuler, *sont ceux de toutes les méthodes de réaction par les tuberculines* : injections sous-cutanées, ophtalmo-réactions, cuti-réactions. Certaines tuberculoses démontrées ne réagissent pas ou réagissent trop faiblement pour que la réaction soit valable, certaines dermatoses chez des tuberculeux réagissent faiblement quoique n'étant pas tuberculeuses, certaines dermatoses, bactériologiquement proches de la bacillose de Koch, la lèpre par exemple, réagissent.

La cuti-réaction locale, sauf lorsqu'elle sera intense et accompagnée de réaction générale, demandera donc toujours à être interprétée, les causes d'erreurs devront toujours être présentes à l'esprit, et l'on

se souviendra que la réaction locale peut être précoce, transitoire et courte.

Cette série d'observations nous permet de recommander la méthode, mais non de porter un jugement général ; nos résultats demandent à être confirmés et contrôlés par de plus nombreuses séries d'expériences. En tous cas, la méthode fondée sur le principe d'une réaction locale obtenue en agissant sur la lésion suspectée elle-même, semble à l'abri des reproches faits à d'autres méthodes ; elle est sans inconvénients, et elle est plus facilement acceptée du malade que l'ophtalmo-réaction et que la tuberculine sous-cutanée.

M. GAUCHER. — Je voudrais demander à M. de Beurmann si, dans ses observations, il a fait la distinction entre les deux grandes variétés de *lupus érythémateux*. Cette distinction, qui a été faite cliniquement par M. Brocq, a été confirmée expérimentalement par mes élèves, MM. Paris et Dobrovici. En appliquant la séro-réaction à l'étude des *lupus érythémateux*, ceux-ci ont vu que l'agglutination du bacille de Koch s'observait dans les cas de *lupus érythémateux fixe*, tandis qu'elle ne s'observe pas dans le *lupus érythémateux aberrant*. Le *lupus érythémateux fixe* serait donc de nature tuberculeuse, il n'en serait pas de même de la forme aberrante. Quant aux cas décrits sous le nom de *lupus érythémateux généralisés*, ce sont des érythrodermies de nature tuberculeuse et ils sont à rapprocher du *pityriasis rubra*.

Incidemment, je ferai remarquer qu'un malade atteint de *pityriasis rubra pilaire* que j'ai pu observer longtemps, est mort de tuberculose.

M. DE BEURMANN. — Nos quatre *lupus érythémateux* sont des *lupus érythémateux fixes* du type *herpès crétacé* de Devergie, le cinquième est un *lupus pernio fixe* tout à fait caractéristique.

M. LENGLET. — Il est de toute nécessité de séparer des formes centrifuges du *lupus érythémateux* les formes disséminées, aberrantes, plus ou moins fixes, se rapprochant par leur évolution de la forme *lupus érythémateux exanthématique* de Kaposi et pouvant être au point de vue pathogénique rapprochées, comme le dit M. Gaucher, du *pityriasis rubra grave* de Hebra et de certains cas de *pityriasis rubra pilaire* se terminant par tuberculose.

La variété *lupus érythémateux centrifuge* de Brocq, fugace, peu profonde, variable, guérissant, récidivant tour à tour, ne paraît pas affecter la santé générale des sujets et, ni l'examen viscéral pratiqué pendant l'évolution du *lupus centrifuge*, ni l'évolution ultérieure ne permettent de conclure qu'il y ait chez ces malades un rapport constant entre leur dermatose et une localisation viscérale tuberculeuse.

Il n'en est pas de même des formes fixes, y compris l'*herpès crétacé*, la fréquence avec laquelle on constate des lésions pulmonaires tuberculeuses chez ces sujets, l'existence d'autopsies ayant confirmé ces lésions, la mort de beaucoup d'entre eux par infection tuberculeuse avérée, ne permettent pas de douter qu'il y ait là cliniquement une relation de cause à effet.

Nous ne pouvons donc que nous joindre à M. Gaucher pour en réclamer avec Brocq la séparation.

Quant au pityriasis rubra pilaire, nous avons eu l'occasion d'en connaître un cas qui se termina par la mort peu après la disparition de l'éruption. La bacillose se généralisa rapidement aux poumons et le malade fut emporté par tuberculose généralisée.

Deux plaques symétriques d'atrophie cutanée antibrachiale.

Par MM. DANLOS et BLANC.

M. C. S..., âgé de 50 ans, commerçant, a contracté la syphilis il y a 30 ans et l'a traité très peu de temps au mercure ; depuis il n'a présenté que quelques lésions buccales sans importance, dont la nature spécifique n'a pas été médicalement constatée.

Il y a 15 ans, il s'est aperçu de l'apparition sur les avant-bras des taches qu'il présente actuellement, et qui ne paraissent pas avoir subi, depuis cette époque, de modifications appréciables.

Complètement indolores spontanément, elles siègent un peu au-dessus de l'interligne radio-carpien sur la face antérieure des avant-bras.

A gauche, la lésion se présente sous la forme d'une plaque sensiblement ronde de la dimension d'une pièce de cinq francs, dont les limites, assez facilement perceptibles, ne donnent aucune sensation au toucher. Cette plaque sur laquelle la peau est manifestement amincie peut se diviser en deux parties à peu près égales par un diamètre vertical : l'une externe blanchâtre, pseudo-cicatricielle, l'autre intense plus rosée, plus vasculaire, finement plissée, plus douce au toucher que la partie blanche et légèrement plus brillante. En tous les points de la lésion les veines sous-jacentes apparaissent beaucoup plus nettement que sur les parties voisines. La sensibilité paraît légèrement altérée, très légère hyperesthésie au tact et hypoesthésie à la chaleur ; ces modifications ne sont d'ailleurs pas exactement limitées à la plaque, mais s'étendent à toute la région antérieure du poignet. Le pli déterminé par le pincement est manifestement beaucoup plus mince que sur les régions voisines.

A droite, la plaque est plus petite, irrégulièrement rectangulaire et présente la même apparence, mais les phénomènes y sont moins nets. La peau, plus rosée, plus vasculaire et plus fine que celle des parties voisines, est uniformément teintée.

Ces lésions ont été traitées il y a 10 ans par des courants faradiques et des emplâtres de Vigo sans aucun résultat. Le malade présente d'autre part une bonne santé, sauf des hémorroïdes et un peu de séborrhée.

En résumé, il s'agit de deux petits placards d'atrophie cutanée. La lésion constitue plutôt une difformité qu'une maladie, puisqu'elle n'a pas depuis quinze ans subi d'évolution. Peut-être même est-elle congénitale, et préexistait-elle à l'observation. Elle ne se rattache à aucune maladie appréciable. Ces cas d'atrophie cutanée

idiopathique (?), extrêmement rares chez nous, semblent plus communs en Allemagne (et sont peut-être à rapprocher de ceux qui ont été montrés au Congrès de Berlin). A noter que le sujet est israélite, et que sa mère est née en Bavière, de parents Alsaciens.

Deux cas de syphilis secondaire chez des malades atteints de glossite exfoliatrice marginée avec langue scrotale.

Par MM. DANLOS et BLANC.

I. — Sar., Berthe, ménagère, âgée de 22 ans, entre le 24 septembre salle Bielt, n° 37, pour des érosions buccales.

Antécédents héréditaires. — Son père et sa mère sont bien portants, cette dernière très petite, 1^m,55 environ. Elle est l'aînée de 4 enfants tous morts prématurément, l'un à 6 mois d'un abcès sous-maxillaire qui se serait ouvert spontanément, les 3 autres avant l'âge de 15 mois, de rougeole et de bronchite. De plus, la mère aurait fait en dernier lieu une fausse couche de 3 mois.

Antécédents personnels. — La malade a marché de bonne heure et sa dentition a été assez hâtive, sans convulsion. Vers l'âge de 4 ans elle a eu un abcès cervical à droite et un autre sur la face interne du tibia droit. Après une évolution froide de plusieurs mois ces abcès se sont ouverts spontanément et ont laissé des cicatrices très nettes.

Depuis son enfance elle est sujette aux bronchites et *présente sur la langue des petits placards reconnus par ses parents.*

Mariée depuis un an et enceinte 5 mois après, elle a vu apparaître à cette époque un bouton (?) sur la grande lèvre gauche, soigné à la poudre de calomel et durant une quinzaine de jours. Elle ne s'est aperçue d'aucune autre manifestation cutanée.

Le 5 octobre elle fait une fausse couche de 5 mois et peu de temps après apparaissent des plaques muqueuses buccales. Actuellement on retrouve des plaques muqueuses aux commissures labiales, sur la luette et les piliers.

Sur la langue, d'*aspect scrotal*, existent des plaques irrégulières mais typiques de glossite exfoliatrice marginée siégeant surtout sur les bords et près de la pointe, et migratrices.

La recherche minutieuse des symptômes de syphilis héréditaire ne permet de retrouver que la polymortalité infantile des collatéraux, la taille exiguë de la mère, et un nervosisme assez accentué ; il n'existe, en effet, aucun stigmate cranien ni facial, aucun trouble auriculaire, dentaire ou oculaire. Le système nerveux paraît intact, les réflexes sont normaux.

II. — C... M..., caoutchoutière, âgée de 22 ans, n° 42 de la salle Bielt.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort tuberculeux à 45 ans. Sa mère, vivante et de bonne santé habituelle, est, paraît-il, affectée d'une maladie du cœur. Elle aurait eu un enfant vivant et deux fausses couches avant la naissance de la malade.

Antécédents personnels. — Depuis sa naissance elle aurait été presque constamment malade, bronchites multiples, rougeole, coqueluche, croup. Elle se plaint de plus de céphalées tenaces et de douleurs en ceinture fréquentes, l'apparition des premières dents a été très tardive (18 mois). Très petite et maigre, cette femme serait pourtant plus grande que sa mère, véritable naine. Aucun vice de conformation appréciable, pas de lésions oculaires, dents normales. Il y a 3 mois, apparition d'une lésion sur la grande lèvre gauche, paraissant avoir été un chancre.

Elle entre le 30 novembre, présentant une roséole très nette en voie de disparition et des plaques muqueuses hypertrophiques très étendues à la vulve. Dans la bouche, plaques muqueuses sur la luette et les piliers, la langue est *scrotales*, fendillée sur les bords ; il existe de plus sur le bord droit près de la base un placard polycyclique de glossite exfoliatrice marginée disparaissant certains jours pour reparaitre plus nettement ensuite ; *cet état de la langue paraît avoir toujours existé.*

A part la petite taille, on ne retrouve chez elle aucun stigmate, sauf du côté du système nerveux, nombreuses convulsions dans l'enfance, nervosisme très net et réflexes patellaires un peu vifs.

Nous avons tenu à donner avec quelques détails les antécédents héréditaires et personnels de ces deux malades, en raison des rapports possibles de la glossite marginée et de l'hérédo-syphilis. L'opinion qui rattache cette singulière lésion de la langue à l'hérédité syphilitique, admise par quelques-uns, mais douteuse pour le plus grand nombre, ne semble pas justifiée dans nos deux observations. Chez la première malade, pas de stigmates spécifiques, car la polymortalité infantile semble avoir été accidentelle, et les lésions suppuratives ont eu l'allure des suppurations bacillaires ; chez la seconde, même constatation. On pourrait encore ajouter que les faits de syphilis acquise chez les hérédo-spécifiques sont très rares, bien qu'incontestables ; et que la présence simultanée de deux cas aussi exceptionnels semble aussi constituer une présomption négative.

M. FOURNIER. — La première des malades présentées par M. Danlos offre du strabisme : elle est d'une taille petite. Ce sont là des stigmates d'hérédo-syphilis. En présente-t-elle d'autres ? Ce serait à rechercher.

M. GAUCHER. — La syphilis toxinique dystrophique n'empêche nullement de contracter la syphilis. On a même pu voir des hérédo-syphilitiques ayant présenté des lésions cutanées, contracter la syphilis : ces faits ont été réunis dans la thèse de mon élève, M. Rostaine.

M. FOURNIER. — J'ajouterai ceci : Il n'est point besoin de présenter des stigmates d'hérédo-syphilis pour être hérédo-syphilitique. J'ai soigné une petite fille de 5 ans qui n'en présentait aucun ; cependant elle était épileptique et fille de syphilitique.

M. RENAULT. — La glossite exfoliatrice marginée est intéressante au point

de vue pratique, car les malades ont tendance à la rapporter à la syphilis. Elle se rencontre souvent chez les arthritiques.

M. DANLOS. — Je suis le premier à reconnaître le grand service qu'a rendu M. Fournier par ses beaux travaux sur la fréquence de l'hérédosyphilis et les stigmates qui permettent de la dépister ; et comme lui j'admets qu'elle peut exister même sans stigmates, mais l'affirmation en ce cas me semble hasardeuse. Que l'existence reconnue de la syphilis chez un ascendant éveille chez ses enfants le *soupçon* de syphilis, rien de plus légitime ; mais à propos d'un état dont l'étiologie est variable comme l'est celle de l'épilepsie, ce commémoratif seul ne me parait pas suffisant pour justifier une *affirmation*. Il est à craindre en agissant ainsi que l'on arrive à grossir sans raison le nombre des cas d'hérédosyphilis, et à prétendre, ce qui n'est pas encore démontré, que chacun de nous est syphilitique par acquisition personnelle ou par hérédité.

Quatre nouveaux cas de pellagre observés à Alger. Traitement par l'atoxyl.

Par M. BRAULT.

Au mois de juin dernier, je communiquais à la Société 3 observations de pellagre terminées par la mort ; depuis j'ai observé 4 nouveaux cas graves, avec 1 décès. Ces 7 observations, pour la seule année 1907 (1), montrent bien que certaines années, la pellagre n'est pas une quantité absolument négligeable, elle est d'ailleurs grave et évolue souvent d'une manière fatale en une seule année.

Nos premiers cas concernaient 2 Espagnoles et 1 indigène ; dans cette nouvelle série, nous comptons 2 indigènes musulmans, 1 naturalisé d'origine mahonnaise et 1 Français né en Algérie.

En ce qui concerne le traitement par l'*atoxyl* qui a été appliqué à ces 4 derniers malades, nous ne pouvons encore formuler aucune conclusion. Le premier cas a été traité in extremis, le malade n'a reçu qu'une seule injection ; dans les 3 autres cas, très sévères, d'ailleurs, cette médication appliquée en dehors du traitement symptomatique a paru exercer une action favorable ; mais, en thérapeutique, il faut se montrer sceptique, et ce n'est qu'en suivant longtemps les malades qu'on peut se faire une opinion ferme.

Voici le résumé de nos 4 nouveaux cas :

Obs. IV. — D. b. Y..., journalier indigène, 27 ans, entre salle Hardy le 22 août 1907 ; cet homme, entaché d'alcoolisme, *ne mange pas de maïs*, il vient des environs de Rovigo.

(1) De 1898 à 1907 nous comptons 19 cas dûment constatés dans le service, soit : 9 musulmans, 5 Espagnols des deux sexes, un Mahonnais, 3 Français des deux sexes et une juive, 13 hommes et 6 femmes.

Début de la maladie il y a 6 mois: céphalée, faiblesse, raideur dans les jambes.

Actuellement figure brune desquamante, conjonctives injectées, nuque très teintée, rôtissure du dos des mains, des pieds et du tiers inférieur des jambes.

Diarrhée, lèvres fissuriques, langue dépouillée, fièvre élevée. Délire intense redoublement nocturne, démarche ébrieuse, tremblement marqué, réflexes rotuliens abolis, myosis, incontinence des urines et des matières.

Les symptômes vont s'aggravant malgré une piqûre d'atoxyl de 0^{sr},10 faite le 26 août; le malade succombe le 27 à 10 heures du soir.

L'autopsie a été faite d'une façon très complète: rétraction de l'estomac, amincissement, vascularisation de l'intestin, congestion des méninges et des centres cérébro-spinaux sont les seuls signes macroscopiques. Les pièces ont été conservées: peau, centres nerveux seront coupés.

Obs. V. — B. S..., 22 ans, journalier indigène, garçon de gargotte, alcoolique *n'a jamais mangé de maïs*, entré salle Hardy le 29 août 1907. Il habite Alger.

Début de l'affection au commencement d'août: coliques, érythème. Actuellement, en dehors de l'érythème classique: dos des mains, pieds, face, le malade porte un collier brun foncé à la base du cou et aussi quelques plaques colorées aux coudes et aux hanches. Diarrhée forte, coliques, selles sanglantes (9 à 10 en 24 heures). Démarche mal assurée, visage hébété, pas de délire marqué, pupilles dilatées.

Pas de fièvre, urines normales.

Traitement. — Cachets de salicylate de bismuth et benzo-naphtol. élixir parégorique contre la diarrhée, compresses humides puis pommade soufrée ichthyolée contre l'érythème.

Atoxyl: 30 août, 0^{sr},10; 4 septembre, 0^{sr},10; 9 septembre, 0^{sr},20; 13 septembre, 0^{sr},20; 19 septembre, 0^{sr},20; 21 septembre, 0^{sr},20; 28 octobre, 0^{sr},15.

Il n'y a pas eu d'élévation appréciable de la température après les injections, les coliques, la diarrhée et quelques fourmillements dans les jambes ont persisté longtemps; les autres symptômes et l'état général se sont assez rapidement amendés.

Obs. VI. — S..., Jean, caviste, 35 ans, réside en Algérie depuis sa naissance, naturalisé Français, il est Mahonais d'origine. Alcoolisme. La maladie remonte au mois de mars 1907: coliques, douleurs dans les membres inférieurs.

Un peu plus tard, alors que le malade marcha dans les vignes au soleil, survint l'érythème (mains, figure).

Dernièrement, en faisant ses 28 jours à Bonéra, son mal empira et on l'évacua sur Alger; entré salle Hardy, lit 9, le 3 octobre 1907.

État actuel. — Rôtissure sombre sur le dos des mains, collier érythémateux autour du cou avec plastron au-devant de la poitrine; à la face le nez et les régions circonvoisines sont surtout pris.

Les coliques du début ont un peu disparu, les troubles digestifs, en effet, dans ce cas, sont peu accentués.

Le système nerveux, par contre est très touché. Le malade, subdélirant

le jour, divague complètement la nuit. Il comprend mal les questions et répond difficilement, il y a un peu d'embarras de la parole; S... passe d'ailleurs par des alternatives d'excitation et de dépression.

Sur les jambes, la sensibilité à la température, à la douleur, au tact est très obtuse, la démarche est ébrieuse; réflexes exagérés, fourmillements dans les membres inférieurs. D'après le malade, sa vue est un peu voilée.

Le foie est petit, la rate est normale, le cœur et les poumons paraissent sains.

Pas de fièvre, urines normales.

Traitement. — En dehors du traitement symptomatique, atoxyl en injections : 0^{sr},10 le 3 octobre, 0^{sr},10 le 8 octobre, 0^{sr},20 le 13, 0^{sr},20 le 17, 0^{sr},20 le 21, 0^{sr},20 le 25 octobre (1).

Le mieux va toujours en s'accroissant.

Obs. VII. — C..., Pierre, 35 ans, charretier, a toujours séjourné en Algérie; il est né à Perrigueux de parents français.

Il prend ses repas dans une gargotte, il prétend *ne pas avoir mangé de maïs*; par contre, il est franchement alcoolique.

L'affection débuta chez lui, vers la fin d'août; érythème: mains, face, bras, pieds; peu après vinrent les coliques et la diarrhée; enfin la vue se brouilla un peu, les jambes faiblirent et le délire apparut. Le malade entre à ce moment salle Hardy lit 3, le 8 octobre 1907. Nous constatons chez lui un érythème foncé: à la face, le nez, les paupières sont surtout teintés, les conjonctives sont injectées.

Vaste collier et plastron au cou et au-devant du thorax. Il existe une disposition très particulière de l'érythème à la racine des membres supérieurs. Des deux côtés la teinte érythémateuse dessine sur les régions scapulaires du malade, des omoplates assez réduites, après quoi elle contourne le moignon de l'épaule qu'elle recouvre, pour descendre en dernière analyse sur la partie antérieure du bras et de l'avant-bras. La teinte est surtout marquée au pli du coude.

Érythème exulcéré de la face dorsale des pieds, érythème du dos des pieds.

Le malade vomit le matin, diarrhée profuse, évacuations involontaires. C. P. délire presque tout le temps, mais, surtout la nuit, il bégaye; sur les membres principalement ses sensations sont retardées (douleurs, température, tact, pression).

Les réflexes patellaires sont exagérés, la marche est difficile, ébrieuse. Rate normale, foie petit, cœur et poumons sains. Pas de fièvre, température plutôt basse, urines normales. Malgré le traitement l'état du malade reste grave (2).

Traitement. — Thérapeutique antidiarrhéique, pansements de l'érythème;

(1) Dans ce cas et dans le suivant les injections d'atoxyl n'ont pas amené d'élévation appréciable de la température.

(2) Une ponction lombaire a été faite, le liquide recueilli était un peu floconneux, il y avait plutôt hypotension. Du sang également a été recueilli; des inoculations, et des cultures ont été faites. La maladie a bien plutôt les caractères d'une maladie infectieuse que d'une intoxication alimentaire.

atoxyl en injections : 0^{sr},10 9 octobre, 0^{sr},10 14 octobre, 0^{sr},20 19 octobre, 0^{sr},20 23 octobre, 0^{sr},20, 27 et 31 octobre.

Addendum. — Le malade qui fait le sujet de la dernière observation, et qui s'était tout d'abord relevé, a décliné rapidement et s'est éteint le 1^{er} novembre, en dépit du traitement par l'atoxyl.

Quelques cas de lèpre tuberculeuse traités par l'atoxyl.

Par M. BRAULT.

Depuis bien longtemps, j'ai essayé l'arsenic sous toutes ses formes (cacodylate, arrhénal), comme adjuvants dans le traitement de mes lépreux ; cette médication m'a donné quelques légères améliorations ; toutefois, l'atoxyl, le nouveau venu, me paraît supérieur et les améliorations constatées dans le service ont été un peu plus manifestes.

Je n'ai pu essayer l'atoxyl que sur des lèpres déjà anciennes, peut-être peut-on obtenir davantage sur la maladie prise au début.

Parmi les lépreux du service, 3 seulement ont reçu des piqûres d'atoxyl.

Voici le résumé de la marche du traitement, fait par l'externe de la salle, M. Masselot :

I. Meng..., Maxime, Brésilien, salle Hardy, n° 11 (1), atteint de lèpre tuberculeuse ; nombreux tubercules et macules disséminés sur les membres, le tronc et la partie antérieure du cou, tubercules très volumineux de la face.

A reçu 7 piqûres d'atoxyl de 0^{sr},50 chaque du 27 mai au 8 juin ; 5 piqûres du 20 juin au 28 du même mois, 5 piqûres du 8 au 29 juillet ; 6 piqûres du 21 août au 1^{er} septembre, 6 du 24 septembre au 7 octobre, dans cette dernière série il y a eu une piqûre à 0^{sr},40 et une autre à 0^{sr},45 ; soit en tout 29 piqûres et 13^{sr},85 d'atoxyl.

Les tubercules se sont affaîssés, la diminution est surtout très notable pour ceux de la face. Mais l'insensibilité à la piqûre persiste au niveau des macules et des tubercules.

II. M. R..., sujet espagnol, salle Hardy, n° 13. Lèpre à forme tuberculeuse datant de 8 ans. Macules et nombreux tubercules, lésions ouvertes ; le malade n'a pas aussi bien supporté le traitement que le précédent, il a eu des coliques assez vives vers le 1^{er} septembre et on a dû interrompre la médication ; voici comment ont été réparties les piqûres :

9 juillet	0,25	22 juillet	0,35
13 juillet	0,30	1 août	0,35
20 juillet	0,35	21 août	0,30

(1) Hôpital de Mustapha.

23 août	0,30	28 septembre	0,30
30 août	0,30	1 octobre	0,30
1 septembre	0,30	4 octobre	0,30
21 septembre	0,30	7 octobre	0,30
26 septembre	0,30		

Soit 15 piqûres et 4^{sr},60 d'atoxyl.

Les tubercules ne se sont pas beaucoup affaissés, ils ont pâli ; les lésions ouvertes se sont toutes cicatrisées. Aucune amélioration sensible au niveau des bandes d'anesthésie.

III. Pr. Fr..., Espagnol, salle Hardy, n° 16; lèpre à forme tuberculeuse; début de la maladie 2 ans environ, nombreux tubercules cutanés, poussées fréquentes, lésions ouvertes.

Le malade a reçu :

18 juillet	0,30	30 août	0,30
23 juillet	0,30	24 septembre	0,30
26 juillet	0,30	26 septembre	0,30
31 juillet	0,30	28 septembre	0,30
21 août	0,30	1 octobre	0,30
23 août	0,30	4 octobre	0,30
26 août	0,30	7 octobre	0,30
28 août	0,30		

Soit 16 piqûres et 4^{sr},80 d'atoxyl. D'après son dire, le malade se sent mieux, il se sent plus fort ; un certain nombre de tubercules se sont manifestement affaissés, les lésions ouvertes se sont cicatrisées, l'insensibilité persiste *sans amélioration* dans les zones anesthésiées. En somme, nos malades ont pu supporter des doses assez élevées d'atoxyl sans présenter d'intoxication (1). Nous les avons surveillés de près à cet égard et nous avons espacé les doses en séries. — A part les phénomènes intestinaux relatés chez le malade du n° 13, nous n'avons rien constaté.

Les malades sont au repos actuellement ; vis-à-vis des améliorations constatées, nous allons continuer le traitement pendant quelque temps.

Note à propos de l'ophtalmo-réaction chez les lépreux.

Par M. J. BRAULT.

Cinq lépreux de notre service ont été soumis à l'ophtalmo-réaction par la tuberculine, par notre interne M. Artigues, 3 ont donné un résultat négatif ; 2 autres, au contraire, ont nettement réagi.

Parmi les cas négatifs, il y avait une lèpre à systématisation nerveuse prédominante, datant de 8 années, avec griffe, déformations multiples des extrémités, pieds atrophiques, perte d'un œil, troubles de la sensibilité variés et étendus ; et 2 lèpres à systématisation plutôt cutanée, l'une déjà ancienne de 5 ans, très grave, avec de multiples

(1) Aucun de ces 3 malades ne présentait d'albumine dans les urines.

lésions ouvertes, l'autre moins avancée (3 ans), mais cependant avec de très gros tubercules.

Les deux malades qui ont donné des résultats positifs, portaient tous les deux des lèpres à forme tuberculeuse ; pour l'un, le début de la maladie remonte à 8 ans, macules, tubercules nombreux, troubles étendus de la sensibilité ; pour l'autre, l'affection n'est vieille que de 2 années, nombreux tubercules, troubles de la sensibilité moins étendus que chez le précédent (1).

Les malades ont été soigneusement examinés et, cliniquement, l'un d'eux ne paraissait atteint d'aucune tare tuberculeuse (2) ; l'autre, au contraire, était douteux.

M. Artigues a fait l'épreuve expérimentale ; pour le premier le cobaye n'a pas réagi ; au contraire, pour le douteux, l'épreuve a été positive.

(1) Ces deux malades étaient traités par l'atoxyl.

(2) Il s'agit, bien entendu, ici de l'infection par le bacille de Koch, c'est le malade atteint depuis huit ans.

Le Secrétaire,

M. DRUELLE.

Le Gérant : PIERRE AUGER.



Chauvet del.

Cas de livedo présenté à la séance de juillet par MM. F. Balzer et P. Merle.

SÉANCE DU 5 DÉCEMBRE 1907

Présidence de M. Alfred Fournier.

SOMMAIRE. — Ouvrages offerts à la Société. — A l'occasion du procès-verbal : La nature tuberculeuse du pityriasis rubra pilaris, par M. MILIAN. — Rapport de la Commission de l'huile grise, par M. LAFAY. — Sur une aplasie congénitale non moniliforme des cheveux, par MM. HALLOPEAU et RAILLIET. (Discussion : MM. FOURNIER, HALLOPEAU.) — Sur un cas de lèpre grave considérablement amélioré par l'atoxyl, par MM. HALLOPEAU et AINE. (Discussion : MM. DANLOS, DE BEURMANN, HALLOPEAU.) — Sur un cas de maladie de Duhring-Brocq indolore et variable dans ses manifestations, par MM. HALLOPEAU et AINE. — Sur un prurigo exanthématique avec localisation en jarrettières (fait nouveau), par MM. HALLOPEAU et AINE. — Un cas de morphée des deux seins, par MM. BALZER et GALUP. — Petite épidémie familiale de favus, par MM. BALZER et GALUP. — Syphilides tuberculeuses en nappes avec cicatrices atrophiques et atrophies diffuses, par MM. BALZER et GALUP. — Chancre de la cloison du nez, par MM. GAUCHER, LOUSTE et NATHAN. — Syphilis linguale ou épithélioma? par MM. GAUCHER, LOUSTE et BORY. (Discussion : M. FOURNIER.) — Syphilide ulcéreuse maligne, par MM. GAUCHER, LOUSTE et BORY. (Discussion : MM. EUDLITZ, FOURNIER, LAFAY, CHATIN, BALZER, LOUSTE.) — Mal perforant buccal; ozène consécutif, par MM. GAUCHER et BORY. — Mycosis, syphilis ou pemphigus par MM. GAUCHER, LOUSTE et BORY. — Nouveau cas de mort à la suite d'injections d'huile grise, par MM. GAUCHER, LOUSTE et BORY. (Discussion : MM. LÉVY-BING, BALZER, EUDLITZ, LOUSTE, AUDRAIN.) — Chancre syphilitique du menton, par MM. DANLOS et BLANC. (Discussion : MM. FOURNIER, DANLOS, BAUDOUIN.) — Trois cas de chancres syphilitiques des doigts, par MM. DANLOS et BLANC. (Discussion : MM. QUEYRAT, BAUDOUIN, BALZER, FOURNIER.) — Roséole lépreuse simulant la syphilis, par MM. DANLOS et BLANC. — Un cas de mycosis simulant par places la syphilis. Résorption rapide d'une grosse tumeur après une séance de radiothérapie, par MM. DANLOS et BLANC. — Coexistence de syphilides tertiaires avec un lichen plan, par MM. DANLOS et BLANC. — Troubles sensitifs des lépromes, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT. — Placards érythémato-squameux persistant depuis 6 semaines à la suite d'une cuti-réaction tuberculinique, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT. — Élections.

Ouvrages offerts à la Société.

BAVEREY. — Dermite érythrodermique avec atrophie maculeuse, d'origine tuberculeuse. *Th. de Lyon.*

H. BLANC. — Psoriasis vaccinal. *Th. de Lyon.*

A L'OCCASION DU PROCÈS-VERBAL

La nature tuberculeuse du pityriasis rubra pilaris.

Par M. MILIAN.

Le malade atteint de pityriasis rubra pilaris qui a été présenté par M. de Beurmann, à la dernière séance de la Société de dermatologie.

logie, contrairement à ce qui a été dit par cet auteur (p. 402) et ainsi qu'il a été rectifié dans la communication in extenso (p. 438), a réagi violemment à la tuberculine avec 2/10 de milligramme après une seule injection. Ce fait positif est d'autant plus intéressant à constater que, malgré l'exploration clinique la plus attentive, il est impossible de déceler la moindre trace de tuberculose chez le sujet. Il est vraisemblable de penser que l'éruption, importante par l'étendue, est responsable de cette vive réaction.

Je ferai remarquer que, depuis ma première communication sur ce sujet (*Bulletin de la Société de dermatologie et de syphiligraphie* 1906, p. 502), les trois cas qui ont été présentés ici même par d'autres observateurs [Hallopeau (séance du 6 juin 1907, p. 310), Gastou et Courtellemont (séance du 7 novembre 1907, p. 398), de Beurmann], s'adressaient à des sujets notoirement tuberculeux.

Rapport de la Commission de l'huile grise.

Par M. L. LAFAY.

La Commission chargée d'élaborer un projet concernant les formes à introduire dans la composition et la posologie de l'huile grise, réunie le jeudi 28 novembre sous la présidence de M. le professeur Alfred Fournier, a envisagé la question au double point de vue du titrage en mercure et de la nature de l'excipient.

A. *Titrage en mercure.* — La commission émet l'opinion : 1° Qu'il n'y ait désormais qu'un seul type d'huile grise ; 2° que ce type soit dosé à 0 gr. 40 de mercure par centimètre cube, titrage qui semble le plus conciliable avec l'intérêt des malades et des médecins.

B. *Nature de l'excipient.* — Se ralliant à la conclusion présentée à la Société de Pharmacie par M. Lafay dans la séance du 5 novembre dernier, la Commission propose la formule suivante :

Mercure purifié.....	40 grammes.
Lanoline anhydre ou graisse de laine.....	26 —
Huile de vaseline officinale.....	60 —

Cette formule, qui donne un volume de 100 centimètres cubes, fournit une huile sensiblement dosée à 0 gr. 40 de mercure par centimètre cube.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées à l'unanimité.

Sur une aplasie congénitale non moniliforme des cheveux.

Par MM. HALLOPEAU et RAILLIET.

L'aspect du cuir chevelu de cet enfant est au premier abord celui de l'aplasie moniliforme.

Son histoire peut être résumée ainsi qu'il suit :

Louis D..., 6 ans.

Le père, alcoolique (buveur de vin et non d'absinthe), d'abord gai, puis sombre et brutal, s'est empoisonné le 23 décembre 1906. Il était atteint depuis longtemps d'une affection de la vessie. Une première femme lui avait donné 7 enfants (le 1^{er}, mort à 15 mois d'athrepsie, le 2^e à 15 jours de troubles digestifs (?), le 3^e à 17 ans, coxalgique et pot-tique, le 6^e de broncho-pneumonie à 32 mois. Le 4^e et le 5^e seuls sont bien portants ; le 7^e, âgé actuellement de 12 ans, est chétif. La mère de ces enfants est morte enceinte de 8 mois, d'une hémorragie.

La mère de notre petit malade est la sœur de cette dernière. Agée de 46 ans, elle a toujours été bien portante, à part quelques rhumes faciles. A 26 ans, elle eut, d'un premier mari, une fille, aujourd'hui bien portante et mariée. C'est seulement 15 ans après, sans fausse couche intermédiaire, qu'elle devint de nouveau enceinte, des œuvres de son beau-frère. Sa grossesse se passa normalement. Ayant eu ses dernières règles en mars 1901 et accouché le 25 décembre, elle se considérait comme à terme. Or, au dire de la sage-femme, elle n'était enceinte que de 8 mois, ce qui paraît encore exagéré si l'on s'en rapporte au poids de l'enfant, estimé approximativement, sans pesée, à 3 livres.

L'accouchement présenta quelques incidents. La mère avait perdu les eaux 4 jours avant, et, depuis 2 jours, ne sentait plus remuer. Présentation de l'épaule. Version et extraction assez pénible pour qu'on crût un instant nécessaire une application de forceps sur la tête dernière.

L'enfant paraissait avoir beaucoup souffert, et de fait, d'après les explications de la mère, il semble qu'il soit né en état d'asphyxie bleue très prononcée ; on lui fit la respiration artificielle, et il ne poussa son premier cri qu'au bout de 3/4 d'heure ; mais ce n'est que 8 heures après, qu'il commençait à crier normalement.

On avait bien remarqué à ce moment que cet enfant était tout à fait dépourvu de poils et que ses ongles couvraient à peine la moitié du lit unguéal, mais on n'y avait pas attaché d'autre importance.

Dans la suite, l'enfant eut de l'ophtalmie qui cessa le 21^e jour, et, le 2^e ou 3^e jour, apparut un ictère léger qui dura environ 3 semaines.

Il fut nourri au sein par sa mère jusqu'à l'âge de 25 mois, recevant, à partir du 10^e mois, quelques bouillies.

La fontanelle sagittale ne disparut que vers l'âge de 4 ans.

Habituellement bien portant, il a, de temps en temps, un peu de coryza.

Il y a 15 mois, on lui fit l'ablation de végétations adénoïdes.

Il y a 1 an environ survint, subitement, un strabisme qui, depuis lors, est intermittent, au dire de la mère.

A la suite de la mort dramatique du père, apparurent de petits boutons généralisés à toute l'étendue du corps ; cette éruption dura peu, mais il subsiste depuis cette époque un placard eczémateux, suintant, un peu irrité, qui occupe irrégulièrement le tiers inférieur du bras gauche et les deux tiers supérieurs de l'avant-bras. A la périphérie de la lésion existe du pityriasis pilaire. Traité sans aucun succès par l'oxyde de zinc, et, depuis

2 mois et demi, par le sérum de Quinton (2 injections de 10 à 30 grammes par semaine).

L'examen des divers appareils ne dénote d'autre particularité que des sommets pulmonaires un peu suspects.

Les testicules n'atteignent pas le volume d'un pois.

Très coléreux. Assez intelligent. N'a parlé que très tard.

Le teint est pâle, la peau fine sillonnée de veines. Le profil de l'enfant est celui d'un adénoldien ; nez court, non en lorgnette, bouche ouverte ; la respiration nasale, améliorée à la suite de l'intervention chirurgicale, est de nouveau défectueuse. Voûte ogivale. Dentition en assez bon état : les dents, très bien conformées, ne présentent pas la moindre altération congénitale. Quelques ganglions sous-maxillaires légèrement hypertrophiés.

Strabisme interne de l'œil droit.

Mais ce qui frappe surtout, c'est l'alopecie très prononcée. L'état glabre du cuir chevelu constaté à la naissance persista, d'une façon absolue, jusqu'à l'âge de 2 ans. Alors apparurent quelques poils follets. Puis, vers 4 ans, le sommet du front, les tempes et la nuque, se garnirent de poils un peu plus foncés, formant presque une couronne. Aucun changement ne survenant, le reste du crâne restant aussi nu, la mère vint consulter au pavillon Bazin, le 26 septembre 1907. On lui recommanda d'appliquer, tous les 2 jours, la classique lotion excitante de Saint-Louis. En 2 mois, une amélioration manifeste s'est produite ; il s'est fait une poussée pileuse en calotte, développée surtout sur l'occiput et les bosses pariétales, mais un peu irrégulière et parsemée d'flots moins fournis. Le vertex est encore à peu près dégarni, mais, à jour frisant, on le voit couvert de follets assez abondants, d'un blond très pâle. Les cheveux les plus anciens, poussés il y a 2 ans, ont une tendance à devenir châains ; tous les autres sont blonds. Minces, de longueur très inégale (quelques millimètres à 12 ou 15 millimètres au plus), ils ne sont pas très adhérents et s'enlèvent à la pince, sans résistance et sans douleur.

L'examen attentif à l'œil nu ne permet pas de déceler des lésions semblables à celles de l'aplasie moniliforme. Cependant, parmi les cheveux examinés au microscope, nous en avons observé un qui présentait vers sa base 3 renflements courts, en boule, à peu près équidistants, tout à fait différents d'ailleurs des fuseaux réguliers du monilethrix.

Par contre, comme cela se voit d'habitude dans l'aplasie moniliforme, le cuir chevelu de notre petit malade est le siège d'une kératose pilaire nette, quoique discrète. Fait un peu particulier, c'est aux points où cette lésion est le plus atténuée, sur le vertex notamment, que la pousse a été le moins abondante ; en ces points, le cuir chevelu est plus lisse et plus brillant.

La peau du crâne est fine, et laisse transparaître les veines ; et, lorsque l'enfant se met en colère ou même simplement lorsqu'il fixe son attention quelque temps, ses téguments se cyanosent d'une façon fort intense.

Les cils, maintenant longs et soyeux, ont apparu vers l'âge de 1 mois à 6 semaines.

Les sourcils, vers 2 mois et demi à 3 mois ; ils sont aujourd'hui bien fournis.

Des poils follets, nettement visibles à jour frisant, occupent la lèvre supérieure.

Quant aux ongles, insuffisamment développés à la naissance, ils n'ont pas tardé à acquérir leurs dimensions normales, et ne présentent rien de spécial.

L'alopécie congénitale, l'aspect follet des cheveux, la kératose pileaire rapprochent beaucoup cette dystrophie capillaire de l'aplasie moniliforme; elle n'en diffère, en réalité, que par l'absence complète des atrophies intermittentes qui donnent l'apparence de renflements fusiformes des cheveux, les nodosités constatées sur l'un des cheveux n'ont pas ce caractère. Suivant toute vraisemblance, il s'agit d'une variété de la même maladie.

Il semble, d'après les assertions de la mère, que les sourcils, les cils et les ongles aient été également intéressés.

Il est possible que les cas publiés sous le nom de pelade congénitale soient de même nature; il y aura lieu de faire des recherches dans cette direction. En tout cas, nous nous refusons à classer ce fait sous cette étiquette; l'absence complète d'alopécies en aires et de cheveux massués ainsi que la coexistence de l'hyperkératose pileaire l'en différencient.

Il ne semble pas que les antécédents pathologiques signalés dans cette observation, non plus que les difficultés de l'accouchement, aient eu une part dans la genèse de cette aplasie. Nous restons dans l'ignorance absolue relativement à son étiologie.

M. A. FOURNIER. — Il y aurait intérêt à rechercher l'hérédosyphilis chez cet enfant. Il présente en effet des stigmates assez caractéristiques: malformation crânienne, bosse occipitale, ectasie veineuse du cuir chevelu, strabisme, etc.; l'alopécie doit probablement être rattachée à cette cause.

M. HALLOPEAU. — Nous avons en effet recherché la syphilis héréditaire, tant chez notre petit malade que chez son père. Nous avons noté dans notre observation tous les stigmates que nous avons relevés et qui pourraient être interprétés en faveur de cette hypothèse, mais il ne nous a pas paru possible de conclure d'une façon formelle à l'hérédosyphilis (1).

Sur un cas de lèpre grave considérablement amélioré par l'atoxyl.

Par MM. HALLOPEAU et AINE.

L'un de nous a mentionné ce fait dans une communication au

(1) Le Dr Terrien nous a communiqué depuis, les résultats de l'examen ophtalmoscopique auquel il a soumis l'enfant: forte hypermétropie, quelques troubles de pigmentation du fond de l'œil; associés à d'autres, ces symptômes peuvent plaider en faveur de l'hérédosyphilis.

Congrès français de médecine de 1907; nous croyons utile de vous présenter la malade et de vous résumer son histoire.

Aline Lel... est née à la Guyane en 1890.

Les premières lésions de lèpre furent remarquées chez elle à l'âge de 4 ans, et 2 ans après, en 1896, elle entra à Saint-Louis.

A cette époque, elle était atteinte sur les membres de lésions maculeuses qui se sont depuis lors développées considérablement, se sont transformées en saillies tubéreuses, ulcéreuses et croûteuses, et ont envahi le visage, en respectant presque complètement le tronc.

Durant son séjour à Saint-Louis, elle a subi divers traitements; elle a pris presque constamment de *l'huile de chaulmoogra par la bouche, en lavements, en piqûres*. Il y a 2 ans, elle a été traitée par l'ichtyol en pilules et en applications locales.

Ces médications n'ont en rien arrêté l'évolution de la maladie.

Les lésions se sont surtout accentuées depuis 5 ans; elles sont très abondantes à la face postérieure et externe des avant-bras et des bras, à la face dorsale des mains et des doigts, au visage, principalement au pourtour des lèvres, sur le front, les joues et les ailes du nez.

Ce sont des saillies tuberculeuses, de larges dimensions, formant un relief considérable, ulcérées pour la plupart et recouvertes d'épaisses croûtes grisâtres. Les ongles sont atrophiés, soulevés par les lésions lépreuses; ils ont par places complètement disparu.

Au membre inférieur, on observe des lésions analogues, surtout accentuées aux genoux.

Malgré tous les traitements, ces lésions ont suivi continuellement jusqu'à ces derniers temps une progression extensive.

Aux membres, il y a des zones d'anesthésie complète correspondant aux régions pigmentées; la sensibilité est conservée dans les endroits où la peau est saine. Au visage, la sensibilité est à peu près normale.

On ne sent pas de névrome du cubital; cependant, des deux côtés, on note une atrophie assez marquée des muscles de la main et une griffe commence à se prononcer.

L'été dernier, l'état général était mauvais, l'affaiblissement considérable, les lésions progressaient sans rémission et l'on devait craindre dans un bref délai une terminaison fatale; c'est dans ces conditions déplorables qu'a été institué un traitement par l'atoxyl.

Deux piqûres de 40 centigrammes d'atoxyl en solution au dixième, puis 2 piqûres de 25 centigrammes furent pratiquées les 29 juin, 2, 8 et 15 juillet, soit en l'espace de 15 jours 4 piqûres avec un total de 1 gr. 30 d'atoxyl.

A la suite de cette série d'injections, nous avons constaté une amélioration assez notable des ulcérations, en particulier au niveau du nez et des lèvres où il n'en restait que quelques traces. Il persistait un certain nombre d'excoriations à la face dorsale des mains, sur les bras et les avant-bras.

Pas de modifications des anesthésies cutanées. L'état général s'était sensiblement relevé.

Une nouvelle série de piqûres d'atoxyl est faite en octobre 1907, sur la demande d'ailleurs formulée par la malade elle-même.

Du 8 au 18 octobre, elle reçoit, de 3 jours en 3 tours, 4 piqûres de 0 gr. 25 d'atoxyl. Depuis cette date on pratique chaque semaine une piqûre de 0 gr. 25.

L'amélioration s'est accentuée ; il reste encore quelques ulcérations aux mains, mais la plupart ont disparu ; presque toutes les croûtes sont tombées au visage ; les saillies se sont affaissées ; leur couleur a pâli et la plupart des tubérosités des membres ont subi des modifications semblables. Les forces se sont relevées.

Aujourd'hui, après une nouvelle série d'injections, l'état de la malade est des plus satisfaisants ; les saillies tuberculeuses du visage sont complètement exemptes, non seulement d'ulcérations, mais aussi de croûtes et de squames ; leur aspect est uniformément lisse. Les ulcérations des mains sont de même toutes cicatrisées, les croûtes y ont fait place à des squames naissantes.

C'est la première fois depuis cinq ans que la maladie a subi une régression. Ce fait nous paraît établir que l'atoxyl exerce une action puissante sur le bacille de Hansen et qu'il peut tout au moins atténuer les effets nocifs de cet agent infectieux, comme il le fait pour ceux de la syphilis, de la maladie du sommeil et des tuberculoses accessibles à son action directe.

M. DANLOS. — Cette malade est améliorée, mais elle est bien loin d'être guérie ; et je crois que d'autres traitements peuvent produire des résultats aussi bons ; l'huile de chaulmoogra, notamment, qui dans plusieurs cas m'a donné en 12 à 15 mois des guérisons apparentes presque complètes. Quelquefois du reste de simples pansements locaux suffisent à cicatriser les ulcérations lépreuses.

M. DE BEURMANN. — J'expérimente en ce moment dans la lèpre le traitement par un sérum de Rost, de Rangoon, la léproline. Ce produit donne en Birmanie des résultats encourageants ; j'ai vu notamment une religieuse qui avait été soignée sans grand succès à Paris, et qui s'est considérablement améliorée, après son retour en Birmanie, par les injections de léproline.

M. HALLOPEAU. — J'avais eu l'idée d'essayer la léproline, mais j'ai appris que ce traitement n'était pas considéré comme sérieux en Birmanie.

Il est indiqué dans notre observation que la malade a pris, presque sans discontinuité depuis neuf ans, autant d'huile de chaulmoogra qu'elle a pu en supporter, sans aucun bénéfice ; il n'y a pas eu de traitement local.

**Sur un cas de maladie de Duhring-Brocq indolore
et variable dans ses manifestations.**

Par MM. HALLOPEAU et AINE.

C'est avec raison que M. Brocq a appliqué à cette maladie le nom de *polymorphe*, car on voit assez fréquemment des cas qui s'y rat-

tachent et présentent cependant des caractères qui n'appartiennent pas à ses formes classiques ; en voici un exemple :

Le nommé P... (Roger), âgé de 5 ans, entré en août 1907, salle Bazin. Sa mère est morte tuberculeuse, il y a environ 2 ans.

A l'âge de 3 ans, il a fait plusieurs poussées de bulles. Soigné d'abord à la consultation de M. de Beurmann, il entra ensuite au pavillon Bazin où il resta environ 10 mois, atteint d'éruptions de bulles volumineuses ; il fit pendant ce séjour des poussées successives très intenses, et sortit amélioré. Il est rentré à Bazin au commencement d'août, porteur de quelques bulles disséminées sur différentes parties du corps.

Quelques jours après, il quittait le service, atteint de coqueluche, pour être transféré à l'hôpital Trousseau.

Il en revient le 27 septembre, dans un état de fatigue et d'anémie très marquée ; sa coqueluche s'était compliquée d'une broncho-pneumonie.

Il n'a, à ce moment, aucune trace de bulle ni d'éruption quelconque.

Dans les premiers jours d'octobre, il se développe une bulle sur la pointe de la langue, et une autre, à contenu louche, sur le cuir chevelu ; quelques autres bulles se produisent sur le tronc, la poussée disparaît rapidement.

Un mois après, dans les premiers jours de novembre, nouvelle poussée de bulles, un peu plus intense que la précédente ; elles sont petites, du diamètre d'un grain de blé à celui d'un grain de café, isolées et disséminées en différents points du corps, un peu plus nombreuses sur la face et sur les mains. Quelques jours après l'apparition de ces bulles, et en même temps qu'elles s'affaissent, on note le développement de plaques érythémateuses d'aspect circiné et à contour légèrement papuleux. Cette éruption avait une grande analogie avec la poussée actuelle, mais était beaucoup moins intense. Elle s'atténua peu à peu et la peau ne conservait plus que quelques plaques rouges disséminées, lorsque survint l'éruption encore visible actuellement.

Dans les premiers jours de la dernière semaine de novembre, ont apparu un certain nombre de bulles. Ces bulles, petites, du volume d'un gros grain de blé, à contenu très limpide, siègent sur la pointe de la langue, sur la face externe de la lèvre et sur le menton, où elles sont assez nombreuses mais disséminées, non confluentes. A la face interne de la lèvre inférieure, on note une bulle plus volumineuse. Quelques bulles, rares, se sont développées en différents points du corps.

L'éruption change brusquement de caractère dans les jours qui suivent, et l'aspect du malade examiné le vendredi 29 novembre est le suivant :

Les bulles développées sur le menton, et reposant sur une base érythémateuse, persistent.

Toutes les parties du corps sont recouvertes par des éléments d'apparence érythémateuse qui sont surtout abondants et développés sur le tronc, en avant et en arrière, mais que l'on retrouve également aux membres ; le visage est moins atteint.

Les lésions consistent en de petits éléments érythémato-papuleux, surmontés par places de vésicules du volume d'un grain de mil. En certains points, des bulles à contenu limpide et de petites dimensions font saillie au milieu de ces éléments papulo-érythémateux et vésiculeux.

Les éléments, serrés les uns contre les autres, sont réunis en amas polycycliques irréguliers dans leur disposition et dans leurs dimensions qui varient de celles d'une pièce de 50 centimes à celles d'une petite paume de main. Ces placards à contours polycycliques semblent s'étendre excentriquement, laissant dans leur partie centrale une région dépourvue d'éléments papulo-vésiculeux mais cependant modifiée dans sa coloration, qui est en certains points érythémateuse, en d'autres de couleur jaune chamois, comme si elle avait été le siège d'une poussée antérieure guérie.

Aux coudes et aux genoux, on trouve de larges plaques érythémateuses; elles sont moins marquées au niveau des doigts; en ces points, il y a tendance à la formation de squames minces.

Derrière les oreilles et à la nuque, ainsi qu'au visage, on note de petits éléments d'aspect vésiculo-bulleux sur un fond érythémateux, mais on ne retrouve pas en ces points la disposition figurée polycyclique du tronc et des membres.

Enfin, à quelques centimètres en dehors de l'aile gauche du nez, on trouve quelques petits nodules blancs extrêmement fins faisant saillie sous l'épiderme.

Dans la région où les lésions sont les plus évidentes, il y a du *dermographisme* très apparent.

Il n'y a pas du tout de prurit.

L'affection n'a été à aucune époque douloureuse ni prurigineuse.

Le dimanche 1^{er} décembre, ses caractères ont un peu changé : quelques-unes des plaques érythémato-vésiculeuses se sont effacées, d'autres sont devenues moins saillantes ; quelques bulles nouvelles ont apparu au niveau des placards rouges du tronc ; les bulles du menton sont à peu près stationnaires. Dans l'ensemble, la poussée éruptive paraît s'atténuer.

Le 4 décembre, l'éruption est partout en voie de régression.

Le polymorphisme de la maladie est des plus frappants chez cet enfant : dans sa manifestation actuelle, on a pu constater simultanément des érythèmes, des éruptions ortiées et des bulles alors que dans les différentes poussées qui avaient eu lieu sous nos yeux nous avons observé des bulles nettement pemphigoides sans érythème.

C'est la première fois, depuis 2 ans, que cette dermatose affecte le caractère aigu et l'abondance qu'elle vient de présenter : il est possible que la suractivité des échanges nutritifs, survenant après la broncho-pneumonie dont l'enfant a été atteint récemment, ait joué un rôle dans la genèse de cette manifestation aiguë si intense et généralisée.

Mais, ce qu'il y a de plus remarquable dans cette histoire morbide, c'est l'absence complète de prurit ainsi que de toute sensation douloureuse. M. Brocq a écrit dans son *Traité* les lignes suivantes : « Nous croyons, avec M. Besnier, que les phénomènes douloureux qu'éprouve le malade ont une importance capitale dans les dermatites polymorphes douloureuses chroniques ; elles impriment à cette affection son cachet spécial : nous les considérons comme constants et patho-

gnomoniques », et M. Brocq fait rentrer cet élément douleur dans la dénomination qu'il donne à la maladie.

On pourrait se demander en présence de cette déclaration si péremptoire de l'un des pères de cette dermatose si c'est bien à elle que nous avons affaire? Notre observation ne laissant aucun doute à cet égard, il faut admettre que la loi posée par M. Brocq n'est pas sans exception.

Mais, dès lors, la dénomination de *dermatite douloureuse polymorphe chronique n'est plus acceptable*; nous proposons, en attendant le jour où des notions précises seront acquises relativement à la nature de cette maladie, de lui donner pour noms ceux des auteurs qui l'ont le mieux fait connaître, MM. *Duhring et Brocq*.

**Sur un prurigo exanthématique avec localisation en jarretières
(fait nouveau).**

Par MM. HALLOPEAU et AINE.

Cette éruption est survenue, sans cause apparente, chez une jeune fille de 11 ans; elle est disséminée sur les membres inférieurs, constituée par des taches caractéristiques, quelques-unes légèrement saillantes, sans apparence d'érythème; elle est remarquable par la présence, au-dessus de chacun des genoux, d'une trainée circulaire purpurique occupant à droite plus du tiers de la circonférence du membre, sur une hauteur d'environ 3 millimètres (on peut le constater sur un moulage de Baretta): ces trainées correspondent aux parties qui se sont trouvées comprimées par des jarretelles: c'est là un fait qui n'avait pas été, à notre connaissance, signalé dans le purpura; il est à cet égard digne d'attention. Il est probable que toute compression locale un peu vive aurait le même résultat. Ce purpura est donc susceptible d'être favorisé dans son développement par des influences extérieures non qualifiées de violences; il paraît, au premier abord, paradoxal que la compression puisse provoquer des hémorragies, alors qu'elle en constitue d'ordinaire le meilleur traitement; on sait qu'elle a été préconisée comme un des moyens curatifs du purpura.

Ce fait peut-il jeter une lumière sur la pathogénie si controversée de ces purpuras? On sait que, pour les uns, il s'agit d'une altération hématique, pour d'autres, d'une altération vasculaire.

Si nous ne nous trompons, on peut invoquer ici l'une ou l'autre hypothèse: il est probable, en effet, que la compression agit surtout en augmentant la tension dans les veinules et les capillaires; or, cet excès de tension peut expliquer la diffusion sanguine aussi bien par une diminution dans la résistance des parois vasculaires que par un

excès de tendance à la diffusion du liquide hématique ; le champ reste donc ouvert aux combattants ; nous ne pouvons que constater le fait clinique et dire : il faut admettre dorénavant la compression au nombre des adjuvants pathogénétiques du purpura exanthématique.

Un cas de morphee des deux seins.

Par MM. BALZER et GALUP.

Les observations de sclérodermies en plaques, ou morphees, sont assez rares pour qu'il ne soit pas superflu d'en signaler de nouveaux cas. Certaines particularités, propres au cas que nous présentons aujourd'hui à la Société, nous paraissent donc lui créer un double titre à l'attention.

Il s'agit d'une dame R..., 51 ans, sans profession. Antécédents pathologiques nuls. Six enfants, dont 2 morts en bas âge. Les lésions, qui siègent aux deux seins, débutèrent, il y a *vingt* ans, sans cause appréciable, par une plaque d'induration très limitée, que la malade constata, à l'occasion des soins de sa toilette, au niveau du sein gauche ; peu après, deux autres plaques se manifestèrent au niveau du sein droit. La peau, dans l'aire des plaques, aurait été primitivement d'apparence et de coloration normales. C'est seulement après 4 ou 5 ans qu'elle aurait pris, avec l'extension progressive de ces plaques, les caractères actuels.

Sein droit. — Une seule plaque, assez vaguement fusiforme, allongée transversalement, haute d'un centimètre à un centimètre et demi, longue de 10, occupant la partie inféro-externe de l'organe, à limite supérieure distante de 2 centimètres du mamelon, à extrémités répondant l'une à la ligne axillaire antérieure, l'autre à la ligne mamelonnaire ; le tégument, au niveau de cette plaque, est d'aspect lisse et glabre, comme cicatriciel, de coloration uniformément rose-vif, un peu plus claire cependant vers le centre qu'à la périphérie ; cette plaque enfin, séparée par une limite nette de la peau saine circumvoisine et, à peu de chose près, de niveau avec elle, donne à la palpation une sensation d'infiltration dermique, d'une rigidité de carton.

Sein gauche. — Deux plaques. L'une forme un demi-disque, de 3 centimètres environ dans tous ses rayons, sous-jacent au mamelon dont sa limite supérieure est distante de 2 centimètres, presque exclusivement situé en dehors de la ligne mamelonnaire ; ses caractères sont absolument les mêmes que ceux de la plaque précédente, à l'exception d'un point paracentral, dont la coloration est celle du tégument normal. L'autre plaque, allongée suivant une direction oblique en bas et en dehors, bifurquée à son extrémité externe, haute de 2 centimètres à sa partie moyenne, d'un seul au niveau des branches de bifurcation, longue de 8 à 10, occupe la moitié supérieure du sein, débordant la ligne mamelonnaire plus en dehors qu'en dedans. Lisse, glabre, dure et lardacée, de limites nettes comme les précé-

dentes, elle s'en différencie par la coloration, qui est rosée seulement dans les parties périphériques, presque normale à la partie centrale, et par la saillie de 1 à 2 centimètres que fait cette partie centrale, saillie aisément appréciable tant à la vue qu'à la palpation. La branche inférieure de bifurcation de cette plaque est réunie à la partie externe de la plaque inférieure, en dehors du mamelon, par une sorte de cordon induré, invisible et uniquement appréciable à la palpation, lequel déprime la peau, lorsqu'on tend celle-ci, comme si elle était ficelée.

Les phénomènes subjectifs, au niveau des plaques, sans être nuls, n'acquiescent pas une grande acuité ; c'est une sensation de gêne, parfois de tiraillement.

Il n'est pas nécessaire d'insister sur les différences qui existent entre notre cas et la description didactique et schématique des morphées, telle que la donnent les auteurs. L'existence d'une saillie notable au-dessus des plans voisins pour la plaque supérieure du sein droit ne suffit pas pour en faire une *morphæa tuberosa*. L'absence de toute saillie pour les deux autres permet de les rapporter à la variété classique, *morphæa plana lardacea*. Mais il faut bien reconnaître que, maintenant au moins, l'un des caractères les plus particuliers de l'affection, le *lilac ring* entourant une zone centrale blanc nacré, n'existe guère, sauf sur la plaque supérieure du sein gauche, où il est loin du reste d'être typique. Pour les deux autres plaques, elles présentent une teinte rose à peu près uniforme, sauf un point très limité de la plaque inférieure du sein gauche. Mais le fait s'explique aisément, si l'on songe que les morphées durent depuis un temps très long et si l'on se souvient que la vascularisation progressive des plaques est un mode fréquent de leur évolution, précédant souvent une atrophie définitive. Pour terminer, notons la disposition symétrique des plaques sur les deux seins, fait qui s'accorde bien avec le rôle important que nombre d'auteurs attribuent au système nerveux dans la pathogénie de l'affection et qui peut dans notre cas faire supposer une atteinte initiale des centres trophiques médullaires.

Traitement institué : application du radium pour la lésion du sein droit ; rayons de Röntgen pour celles du sein gauche, ce qui nous permettra de comparer la valeur respective de ces deux agents dans les sclérodermies en plaques.

Nous nous intéressons surtout aux effets du radium parce qu'il n'a pas encore été employé à notre connaissance dans la morphée. Les applications seront faites par le Dr Barcat. En cas d'échec de ces deux méthodes, nous reviendrons promptement, si la malade le permet, au traitement par l'électrolyse, qui nous a donné en 1901, dans un cas de morphée traité avec M. Lecornu, d'excellents résultats.

Petite épidémie familiale de favus.

Par MM. BALZER et GALUP.

Un jeune paysan, d'une quinzaine d'années, atteint depuis plusieurs mois d'un favus occupant toute la surface du cuir chevelu,

est arrivé de la campagne à Paris, pour se faire traiter. Il est descendu chez une famille amie, où il est demeuré plusieurs jours avant de consulter aucun médecin et sans prendre aucune précaution pour éviter de propager sa maladie. Huit jours plus tard, un enfant de 15 mois présente du favus des régions glabres. Au bout de 15 jours, les autres membres de la famille, à savoir la mère de l'enfant, son père, sa grand'mère et sa tante, sont atteints à leur tour. Ils viennent tous nous consulter. Le bébé présente trois petits groupes de godets faviques, siégeant l'un au dos, le second au menton, le troisième à la joue gauche ; la mère un seul groupe, formant un placard des dimensions d'une pièce de 50 centimes au niveau de l'avant-bras droit ; le père, un seul groupe également, de dimensions équivalentes, au niveau du bras gauche ; la grand'mère un groupe de godets et une plaque érythémateuse au niveau de l'avant-bras droit, un godet isolé, mais plus volumineux que les précédents, au ventre, un autre à la cuisse droite ; la tante enfin un godet au bras droit et une plaque érythémateuse au bras gauche.

En somme, chez tous les membres de cette famille, favus discret, qui se réduit à quelques lésions élémentaires disséminées, sans accidents ni du cuir chevelu ni des ongles, et dont quelques applications de teinture d'iode auront promptement raison. D'ailleurs il n'en saurait guère être autrement, en raison des bonnes conditions d'hygiène et de propreté dans lesquelles l'interrogatoire nous indique que vit cette famille. Quant au mode de contagion, il semble bien qu'il soit facile, d'après les détails mêmes de l'observation, de le déterminer exactement. L'hôte, nouvellement installé dans la famille, jouait avec le bébé et l'a ainsi contaminé ; le champignon tombait de sa tête sur les vêtements de l'enfant. Celui-ci à son tour a été l'agent de dissémination du mal parmi tous les membres de la famille. Il est à remarquer que toutes ces personnes ont été contaminées surtout aux bras qui, dans le portage de l'enfant, étaient en contact avec ses vêtements.

Syphilides tuberculeuses en nappes avec cicatrices atrophiques et atrophies diffuses.

Par MM. BALZER et GALUP.

Georges R..., 45 ans, ajusteur, vient nous consulter pour des syphilides tertiaires ; quelques-unes d'entre elles sont intéressantes par leur caractère atrophique. Nous avons déjà, dans une des précédentes séances de la Société, insisté sur ce genre de lésions, à propos d'une observation (1), que le fait actuel nous paraît compléter.

(1) BALZER ET GALUP. Syphilide tuberculeuse zoniforme avec cicatrices atrophiques. *Soc. de dermat. et de syph.*, séance du 4 juillet 1907, p. 360.

Syphilis datant de 3 ans : l'accident primitif a été un chancre du gland, et le seul accident secondaire constaté, une roséole ; les accidents tertiaires, qui nous amènent le malade, ont débuté il y a un an.

Les syphilides sont disséminées en groupes sur tout le corps. Mais la plupart ne présentent aucun intérêt spécial : c'est le type des syphilides tertiaires dites syphilides tuberculeuses sèches, les unes à leur début, soit uniquement tuberculeuses, soit tuberculo-squameuses, les autres en pleine évolution, avec bordure bosselée et circonée, dépression centrale brunâtre ou déjà cicatricielle d'aspect, toutes avec une infiltration marquée du derme. Il nous suffira donc d'en préciser les localisations principales. Sur le membre inférieur gauche, on en trouve de nombreuses à la face postérieure de la fesse et de la cuisse, à la face externe de la cuisse, juste au-dessus du genou, aux faces externe et antérieure du genou ; le membre inférieur droit ne présente que deux petites plaques au niveau de la fesse ; le dos, plusieurs plaques disséminées ; à la face, un tubercule isolé est directement sous-jacent à la narine droite, deux ou trois tubercules confluent siégent à l'extrémité interne du sourcil gauche. — Les lésions qui appellent notre attention occupent les deux membres supérieurs.

Membre supérieur gauche. — A la face postérieure du bras, juste au-dessus du coude, syphilides tuberculo-squameuses, d'aspect classique comme les précédentes, formant une plaque de 6 centimètres de hauteur sur 8 de largeur ; les squames, qui n'en occupent à l'heure actuelle que des points assez limités, ont été beaucoup plus abondantes antérieurement. A la face postérieure du coude, grande plaque s'étendant en largeur de l'épicondyle à l'épitrachée et en hauteur de 3 à 4 centimètres au-dessus de l'interligne articulaire, à 8 ou 10 centimètres au-dessous. Cette syphilide en nappe, plus ancienne que la précédente, a présenté, il y a quelques mois, un aspect analogue, au dire du malade ; les squames plus abondantes constituaient même de grosses croûtelles, qui depuis, se sont complètement détachées. Actuellement les lésions sont purement cicatricielles et atrophiques. De limites fort nettes et en certains points polycycliques, la plaque se distingue de la peau saine voisine par une coloration générale rose vif, avec des zones limitées jaune-chamois ; le tégument de cette plaque, d'aspect légèrement gaufré, se soulève et se plisse aisément quand on l'étire ou qu'on le resserre entre deux doigts. Le frotte-t-on légèrement avec la pulpe du médius ou de l'index, on sent que le derme proprement dit semble avoir disparu et que l'épidermo-derme flotte sur l'hypoderme. A la face externe du coude, dépassant le niveau de l'interligne articulaire de 6 ou 7 centimètres au-dessus, 9 ou 10 au-dessous, plaque atrophique fort analogue à la précédente, de coloration plus généralement jaune-chamois, avec semblable disparition du derme et plissement du tégument. Mais le malade est très affirmatif sur ce point, que la plaque aurait été presque d'emblée ce qu'elle est actuellement, et qu'il n'aurait existé antérieurement à son niveau ni squames adhérentes, ni, à plus forte raison, ulcérations. Enfin, à la face antérieure du coude, quelques lésions atrophiques, peu accentuées, de dimensions restreintes, de coloration à peu près normale, également apparues sans lésions squameuses, croûteuses ou ulcératives.

Membre supérieur droit. — Aux faces postérieure, interne et antérieure

du coude et de l'avant-bras, sur une hauteur et une largeur de 12 à 15 centimètres, grande plaque atrophique, identique à celles que nous venons de décrire à l'autre membre, mais précédée dans son apparition par un processus tuberculo-squameux. Aux faces externe et antérieure du bras, juste au-dessus du coude, autre plaque, plus petite en apparence, atrophique d'emblée, d'après le malade.

Dans notre précédente communication, nous avons distingué deux espèces d'atrophies cutanées, reliquat de syphilides papuleuses de la période secondaire : 1° les *macules atrophiques post-papuleuses*, dans lesquelles le processus papuleux atrophiant évolue sans intéresser l'épiderme et la couche papillaire ; 2° les *cicatrices atrophiques post-papulo-ulcéreuses*, dans lesquelles le processus papuleux a évolué aussi en atrophiant le derme, mais de plus avec une destruction plus ou moins étendue de la couche papillaire. Nous avons montré que des macules et des cicatrices analogues pouvaient être les stigmates des syphilides tertiaires, dites syphilides papuleuses tertiaires ou syphilides tuberculeuses. Il existe ainsi des *macules atrophiques post-tuberculeuses*, et des *cicatrices maculo-atrophiques post-tuberculo-ulcéreuses*.

Notre observation actuelle nous a montré ces deux ordres de lésions cutanées de la façon la plus nette et avec des proportions bien plus accentuées que dans le fait précédent. A côté de lésions nettement cicatricielles, plus ou moins atrophiques, nous en avons vu d'autres qui n'avaient été certainement le siège d'aucune irritation ou suppuration superficielle, ni d'aucune érosion ou ulcération, la peau se présentant avec cette apparence de décollement aminci qu'on observe dans la macule atrophique circonscrite, mais cela dans une étendue beaucoup plus grande. Cette lésion est diffuse et couvre, en effet, plusieurs centimètres, et elle est séparée de la peau saine par une sorte d'arête nette que l'on délimite facilement avec l'œil et le doigt.

L'explication de ces faits se conçoit de la manière suivante : Si l'infiltration tuberculeuse ou papuleuse tertiaire, plus ou moins étendue en profondeur, envahit la couche dermo-papillaire, il y aura forcément participation au processus de la part de l'épiderme. La membrane épidermo-dermique, suivant l'expression de M. Besnier, s'irrite, s'érode, suinte, se recouvre de croûtelles ou de squames. Si l'infiltration est plus massive, plus dégénérative à cause des altérations vasculaires, et si les microbes de l'extérieur interviennent en même temps, une véritable ulcération plus ou moins profonde se produit. Après la réparation épidermique et la résolution des infiltrats, il se peut alors qu'on soit en présence d'une *cicatrice atrophique* présentant une surface plissée qui indique que l'épidermo-derme a été compromis dans l'évolution du processus.

Si au contraire l'infiltration papuleuse tertiaire est seulement *intradermique*, en réalité *sous-dermo-papillaire* ou *sous-épidermo-dermique*, il peut y avoir destruction partielle du derme et spécialement de sa trame conjonctivo-élastique, sans qu'il y ait ni ulcération, ni érosion épidermique. Et alors, par suite de la destruction partielle de la trame conjonctivo-élastique du derme, on observe comme dans notre cas ce flottement de la couche dermo-papillaire, qui est facilement plissable et mobile sur le tissu profond, absolument comme dans la macule atrophique post-papuleuse de la période secondaire.

Le processus est plus intense, plus destructif, plus étendu, mais en somme à peu près le même, et aboutit à produire des lésions tout à fait comparables, résultant surtout de la *raréfaction et de l'atrophie* de la trame conjonctivo-élastique du derme. Ainsi peuvent se constituer de véritables *macules atrophiques* consécutives à des *papules* ou *tubercules tertiaires*, nettement circonscrites, et de plus de véritables *atrophies diffuses* d'étendue variable, consécutives à des *infiltrations* en nappe de même nature qui ont détruit des portions du derme assez considérables. Le traitement spécifique contribue certainement à la réparation de ces désordres, mais il ne peut pas toujours la procurer tout entière. Il en subsiste des traces, sous forme de lésions atrophiques et nous devons convenir que, malgré les différences de processus et de localisation que nous venons d'exposer entre ces atrophies et les cicatrices, leur communauté d'origine et d'évolution leur donne un air de famille qui rend parfois leur distinction très difficile au bout d'un certain temps. En résumé, les nuances que nous avons essayé de faire ressortir entre ces lésions s'expliquent par la *localisation du granulome spécifique dans les divers plans du derme*.

Chancre de la cloison du nez.

Par MM. GAUCHER, LOUSTE et NATHAN.

Cette localisation accidentelle est assez rarement observée et c'est en partie l'intérêt qui nous la fait rapporter. Elle sera étudiée plus complètement dans un travail ultérieur qui paraîtra dans les *Annales des maladies vénériennes*.

OBSERVATION. — La malade, âgée de 37 ans, s'est aperçue de l'apparition d'un bouton dans la narine gauche, il y a plus d'un mois. Cette petite lésion, insignifiante au début, s'est développée envahissant la plus grande partie de la narine, saignant facilement.

A son entrée, on voyait, par la rhinoscopie antérieure, un chancre hypertrophique, étendu sur une hauteur de 3 centimètres environ ; la muqueuse

environnante est boursoufflée, sa limite inférieure rase le plancher des fosses nasales, et sur sa partie la plus profonde, on voit une fausse membrane d'aspect diphtéroïde. La lésion est très-peu douloureuse. Elle est accompagnée d'une adénopathie sous-angulo-maxillaire gauche et préauriculaire.

Peu après l'apparition du chancre, apparaissait la céphalée nocturne, accompagnée d'alopécie et une roséole généralisée. Roséole apparue d'une façon précoce, comme cela est de règle dans les accidents primitifs de la face.

Actuellement, ces lésions sont en voie de disparition.

La malade est traitée par des injections de benzoate d'hydrargyre.

Syphilis linguale ou épithélioma ?

Par MM. GAUCHER, LOUSTE et BORY.

G. L..., 31 ans, journalier, a eu un chancre syphilitique du gland, *il y a 2 ans*. Depuis, aucun traitement n'a été suivi. Le malade n'a d'ailleurs eu que peu d'accidents consécutifs (simples maux de gorge, guéris rapidement par des gargarismes au chlorate de potasse).

Au mois de juin dernier, il fut soigné salle Bazin, pour une gomme profonde de la face supérieure de la langue vers sa partie moyenne. L'ulcération, très douloureuse, rendait la déglutition très pénible. Elle datait d'un mois environ et s'était progressivement agrandie. Sous l'influence des frictions mercurielles qui furent faites journellement pendant 10 jours, l'ulcération se combla très rapidement. Au bout de ce temps, le malade sortit de l'hôpital, prit des pilules de Dupuytren pendant 3 jours et s'arrêta. La cicatrisation, encore incomplète, se ralentit, et c'est seulement un mois après la sortie de l'hôpital, qu'elle devint complète ; on voit actuellement une cicatrice déprimée et scléreuse à la place de l'ancienne ulcération.

Il y a 3 semaines, est apparue sur le bord gauche de la langue une induration diffuse ; sur cette base indurée, scléreuse, de petits boutons se sont formés, agrandis, puis ulcérés. Les ulcérations fusionnées, forment actuellement une ulcération unique irrégulière, serpigneuse, profonde, à bords déchiquetés, taillés à pic cependant, à fond grisâtre.

L'aspect est nettement épithéliomateux ; d'ailleurs, des ganglions durs existent dans toute la région cervicale, plus volumineux à gauche qu'à droite.

Le diagnostic d'épithélioma lingual ne paraissait pas douteux, et M. le Dr Rochard, confirmant le diagnostic de M. le professeur Gaucher, conseillait l'opération immédiate.

Le malade, refusant le traitement chirurgical, est mis aux piqûres de benzoate de Hg., sans iode de potassium. Or, le 29 novembre, 4 jours après l'entrée à l'hôpital, le côté droit de la langue commence à s'ulcérer sur une base indurée.

Le 2 décembre, ces ulcérations nouvelles n'ont fait aucun progrès ; mais celles du côté gauche se sont beaucoup améliorées.

Le 4 décembre, cette amélioration est encore plus manifeste. Le fond de l'ulcération, détergé, apparaît rouge et la cicatrisation paraît se faire.

D'autre part, le malade nous apprend que ses adénopathies cervicales étaient antérieures de beaucoup à l'affection linguale. Quatre autres considérations nous feraient volontiers éliminer le diagnostic primitif d'épithélioma linguale :

- 1° l'évolution extrêmement rapide ;
- 2° la mobilité de la langue ;
- 3° l'absence de fétidité de l'haleine ;
- 4° l'absence de sclérose linguale antécédente et la date très rapprochée du début d'une syphilis qui fut toujours négligée.

Enfin, l'amélioration par l'influence du traitement spécifique, si elle persiste, sera le meilleur signe différentiel.

M. A. FOURNIER. — Jecrois ici à la syphilis pour deux raisons : d'abord, parce que l'épithélioma ne survient pas 2 ans après le chancre, mais beaucoup plus tardivement ; ensuite, parce que les mouvements de la langue sont assez bien conservés ici, tandis qu'ils sont toujours très gênés dans l'épithélioma.

Syphilide ulcéreuse maligne.

Par MM. GAUCHER, LOUSTE et BORY.

P. L..., 29 ans, employé de commerce, entre à l'hôpital Saint-Louis, pour une syphilis ulcéreuse phagédénique des lèvres, datant de 2 mois.

L'ulcération, profonde, irrégulière, à bords légèrement éversés, occupe toute la moitié gauche de l'orifice buccal : la lèvre supérieure surtout, la commissure et une partie de la lèvre inférieure.

Il y a trois ans, le malade a eu un chancre induré sous-préputial, soigné à Ricord. Il dut rester un an dans cet hôpital, en raison d'accidents *très graves* survenus malgré la continuité du traitement (huile grise et biiodure. Iodure jusqu'à 16 grammes par jour).

Tout le corps est, en effet, couvert de cicatrices qui, sur la moitié supérieure du tronc principalement, sont devenues des chéloïdes.

Pendant ce séjour à Ricord, le malade a eu une vaste ulcération nasale qui a rongé la partie inférieure du nez, et l'on voit actuellement la cicatrice peu esthétique de ces dégâts.

Il y a un an et demi, une large ulcération de la lèvre inférieure obligea le malade à un séjour de 6 mois dans le service de M. de Beurmann. (Traitement : Huile grise et biiodure alternés ; sur la plaie, éther camphré à saturation).

Il fut à nouveau traité dans le même service, il y a 6 mois, sa maladie lui ayant enlevé la lchette et une partie du voile du palais. La guérison survint au bout d'un mois, sous l'influence d'injection d'huile grise.

Enfin, depuis 2 mois, comme nous l'avons vu, une nouvelle ulcération du pourtour de l'orifice buccal oblige le malade à retourner à l'hôpital. Après avoir été soumis, à l'hôpital Ricord, à des piqûres d'atoxyl (8 piqûres), sans aucun résultat, il entre, salle Saint-Louis, dans le service de M. le professeur Gaucher, — où il a été mis au traitement par les piqûres de benzoate de Hg. journalières et par les pulvérisations chaudes antiseptiques sur l'ulcération.

Il est à remarquer que, dans l'intervalle de ses séjours à l'hôpital, le malade a toujours suivi un traitement régulier.

Cela démontrerait-il que le traitement de la syphilis n'est pas un traitement préventif? On serait tenté de le croire et de se ranger à la thérapeutique exclusivement curative de l'ancienne école allemande. Il faut ajouter qu'il existe ici une question de terrain. Ce malade, qui n'a pas de lésions de bacilliose pulmonaire, présente des cicatrices d'écrouelles sur le cou, il a de l'asphyxie des mains; la figure légèrement bouffie et cyanotique, une tendance à faire des chéloïdes sur les cicatrices, ce qui indique un terrain scrofuleux qui facilite l'action mutilante de la syphilis.

M. EUDLITZ. — La continuité du traitement mercuriel aggrave quelquefois les lésions, et en l'interrompant on peut voir guérir des accidents qui avaient résisté à une mercurialisation intense et prolongée.

M. A. FOURNIER. — Il est en effet des cas où il est utile de cesser le traitement, et Ricord avait déjà signalé le fait. Mais il y a une autre conclusion qui malheureusement s'impose : c'est que le mercure n'est pas un spécifique *infaillible*, et qu'il est des syphilis qui résistent à tous les traitements, même les mieux conduits.

M. LAFAY. — Les homœopathes prétendent que quand un médicament a perdu son efficacité chez un malade, qu'il est usé comme on dit quelquefois, on peut lui rendre toute son activité, en administrant du soufre au malade.

Peut-être les succès des eaux minérales sulfureuses dans la syphilis pourraient-elles s'expliquer ainsi.

M. CHATIN. — Je crois que dans ces cas de syphilis rebelles, résistant ainsi au mercure, on peut faire intervenir avec fruit la médication sulfurée. Et cela, de deux façons : soit en donnant l'eau sulfureuse à l'intérieur, pour remettre en circulation les réserves mercurielles accumulées dans les tissus ; soit en associant la cure sulfureuse à un traitement mercuriel à hautes doses.

J'ai eu l'occasion de soigner quelques malades atteints de syphilis malignes qui avaient résisté à de très actifs traitements mercuriels et je puis dire que ces accidents tenaces ont rapidement disparu sous l'influence d'une cure sulfureuse et mercurielle combinée.

M. BALZER. — La balnéation a par elle-même une action très favorable, et je conseille parfois les bains généraux et surtout locaux à très haute température. Les bons résultats que j'obtiens par ce moyen peuvent s'expliquer par une action directe de la chaleur sur le tréponème qui, comme on le sait, ne résiste pas à une température de 42°.

M. LOUSTE. — Ce malade prend régulièrement de l'eau d'Uriage chaque jour, comme tous nos malades qui suivent un traitement mercuriel intense ou prolongé.

Mal perforant buccal. Ozène consécutif.

Par MM. GAUCHER et BORY.

A. A..., 60 ans, cimentier, a eu la syphilis il y a 26 ans ; depuis 12 ans il est tabétique et récemment encore on le soignait à la Salpêtrière pour des douleurs fulgurantes, par les injections de nitrite de soude.

Il entre, le 11 novembre 1907, à la Clinique des maladies cutanées et syphilitiques, pour une large perforation latérale de la voûte palatine osseuse dont le début remonte à 3 ou 4 mois. Primitivement, les molaires gauches sont tombées ; toute la région s'est tuméfiée, surtout autour des alvéoles, et progressivement une ulcération, qui n'intéressait d'abord que la muqueuse, s'est formée à la place des dents absentes. Peu à peu, elle a érodé la partie correspondante de la voûte palatine et actuellement on voit que presque *toute la moitié gauche de la voûte osseuse* est occupée par une ulcération à bords épaissis, décollés, irréguliers, dont le fond gris noirâtre est formé par un *séquestre non mobile* formé aux dépens de la paroi inférieure du sinus maxillaire. La perforation n'est donc qu'apparente ou imminente et si les liquides refluent par le nez, c'est probablement en raison d'une *paralysie concomitante du voile du palais*. La paralysie est incomplète et surtout marquée du côté gauche. Le voile est tendu transversalement et presque immobile ; les piliers, à gauche surtout, ne font plus leur mouvement de rideau normal ; la luette paraît libre.

Cette paralysie s'accompagne d'une anesthésie à peu près complète, la sensibilité de l'épiglotte et le réflexe nauséux sont conservés. La phonation est troublée ; il existe du nasonnement et de la difficulté d'articulation des labiales.

Depuis 4 semaines seulement il existe de l'ozène, consécutif, sans nul doute, aux lésions palatines. Le malade mouche du pus par la narine gauche et sa muqueuse nasale est tuméfiée de ce côté. Toute la joue gauche est tuméfiée, douloureuse, et comme enflammée, le nez est incurvé, à concavité antérieure, aplati à sa racine.

Nous posons le diagnostic de mal perforant buccal tabétique et, après l'avis des chirurgiens, qui conseillent d'attendre simplement l'élimination spontanée du séquestre, nous prescrivons des injections journalières de benzoate de mercure, 2 grammes d'iodure de K, et des lavages oxygénés fréquents de la bouche. De plus, comme le malade paraît infecté, qu'il est pâle, anémié, on lui donne de l'extrait mou de quinquina.

Le 15 novembre, l'examen rhinologique fait par M. Bloch confirme les observations précédentes ; il révèle, de plus, une dacryocystite gauche, qui est la cause de la tuméfaction correspondante de la joue.

Les jours suivants, une hyperhémie très accusée se montre sur le côté opposé au mal perforant ; en arrière de l'ulcération, le revêtement muqueux de la voûte forme un gros bourrelet décollé.

Le 26 novembre. — L'ulcération, au lieu de se réduire, s'est agrandie. L'état général est mauvais, le malade a une diarrhée abondante, un peu de fièvre, de la pâleur, de la faiblesse du poulx. On fait une injection de sérum de 200 centimètres cubes ; on la répète le lendemain. Le 30, le malade sort de l'hôpital, emmené par sa famille.

Mycosis, syphilis ou pemphigus

Par MM. GAUCHER, LOUSTE et BORY.

Le 5 novembre 1907, entre salle Saint-Louis un homme de 49 ans, exerçant la profession de pâtissier, qui présentait sur tout le corps une éruption d'aspect nettement *syphilitique* au premier abord ; elle était constituée par des lésions ulcéro-croûteuses, arrondies ou circinées, serpigineuses par places, echtymateuses, recouvertes de croûtes noirâtres. Les placards arrondis ont en moyenne les dimensions d'une pièce de 2 francs ; leur centre est légèrement déprimé et croûteux.

Dans le dos existait un gros *placard saillant, bourgeonnant, d'aspect mycosique* ; ulcérations beaucoup plus petites, d'aspect analogue, mais peu bourgeonnantes, sur le côté droit du visage.

Dans la barbe du même côté, on voit des éléments ressemblant tout à fait à de la folliculite spécifique. L'oreille est couverte de croûtes noires.

Le côté gauche du visage est à peu près respecté. L'éruption paraît de nature syphilitique.

Et cependant le malade dit n'avoir pas eu de chancre. Il y a 12 ou 13 ans, il a eu un écoulement, sans écorchures ; on lui aurait néanmoins donné des pilules à prendre, à l'hôpital Ricord. Depuis, il ne suivit aucun traitement et n'eut aucun accident syphilitique.

Au mois de février dernier, à la suite d'une grippe qui dura 8 jours, il eut sur le devant de la poitrine une éruption de petits boutons très prurigineux. Les démangeaisons, très violentes, furent la cause de l'ulcération de ces boutons par le grattage ; l'éruption s'étendit alors et se généralisa.

Des pommades furent appliquées, sur l'avis d'un pharmacien. Comme le résultat de ces applications était négatif, le malade consulta un médecin ; celui-ci prescrivit des pilules et de l'iodure de potassium ; ce traitement, suivi pendant un mois et demi, ne donna aucun résultat. Sur ces entrefaites le malade vint à la consultation de l'hôpital Saint-Louis où on lui fit prendre des pilules de Dupuytren pendant un mois et demi encore (en tout *trois mois* sans discontinuer). L'éruption restait stationnaire. Aussi M. Émery, qui fut consulté vers cette époque, ordonna-t-il des piqûres journalières de benzoate de Hg. Après 20 piqûres survint une amélioration légère ; mais pendant la période de repos consécutive (fixée à 1 mois), 8 jours après la cessation du traitement, l'éruption reprit de plus belle. Au 25^e jour du repos fixé, on recommence une 2^e série de piqûres de benzoate de Hg. à 0 gr. 03 par jour. On fit 26 piqûres consécutives ; mais ce traitement intensif affaiblissant beaucoup le malade, il fut suspendu.

Vers la fin de septembre 1907, le malade retourne vers M. Émery qui, convaincu de la nature spécifique de la maladie, a recours aux piqûres de calomel, une par semaine ; la dernière était faite 8 jours avant l'entrée à l'hôpital. L'iodure de potassium était administré parallèlement à la dose de 2 grammes par jour. Une *grande amélioration survint* après la 2^e piqûre ; mais elle ne se maintint pas ; lorsque le malade entra à l'hôpital Saint-Louis il y avait 15 jours que l'éruption avait repris de plus belle. Elle se présentait avec les caractères d'une éruption à la fois syphilitique et mycosique, tels que nous les avons indiqués au début.

Le malade étant saturé de mercure, on lui donne simplement 4 grammes d'iodure de potassium. Pommade au calomel sur ses ulcérations.

Une biopsie est faite le 8 novembre, par M. Fouquet, sur les bords de l'ulcération bourgeonnante du dos. Elle démontre qu'il doit s'agir d'un mycosis fongoïde, en faisant toutes les réserves nécessaires en pareil cas.

Le 8 novembre sont instituées des piqûres de cacodylate de soude, destinées à remonter l'état général du malade qui paraît avoir beaucoup maigri et qui a de la fièvre. En même temps, ingestion d'eau d'Uriage.

Le 11 novembre, amélioration sensible ; certains éléments se sont effacés ; l'ulcération du dos est moins saillante, les bourgeons s'étant affaissés.

Le 14 novembre, cependant, le malade s'affaiblissant et s'anémiant de plus en plus, on supprime l'iodure de K. et le cacodylate, et le malade est mis au repos pendant 8 jours.

Le 22 novembre les piqûres de cacodylate sont recommencées ; on redonne de l'iodure de K., en commençant par 1 gramme, et augmentant progressivement jusqu'à un maximum de 6 grammes.

Le malade a eu de la fièvre tous les soirs (38°, 38°5) avec rémission matinale ; — certains éléments se sont affaissés et paraissent en voie de disparition, surtout sur le côté droit du visage.

Le 2 décembre une poussée nouvelle d'ulcérations, rondes, superficielles, des dimensions d'une pièce de 2 francs, s'est faite sur les deux jambes dans les intervalles des précédents éléments. Des boutons ecthymateux sont apparus également sur les bras.

Le 3 décembre, nous supprimons les piqûres de cacodylate et les remplaçons par celle de benzoate de Hg. Les ulcérations sont pansées à l'eau oxygénée et recouvertes ensuite de pommade au calomel. Depuis ce matin sont apparues des bulles suppurées ou hémorrhagiques, sur les mains et les pieds, rien dans la bouche. 

Actuellement les lésions restent encore douteuses. Les unes conservent leur caractère syphilitique, aussi bien les lésions ulcéreuses que les cicatrices ; d'autres, en particulier celles du dos, rappellent des tumeurs mycosiques ulcérées. Enfin depuis ce jour il existe des bulles qui rappellent le pemphigus. Nous présenterons ultérieurement ce malade quand le diagnostic sera nettement tranché.

Nouveau cas de mort à la suite d'injections d'huile grise.

Par MM. GAUCHER, LOUSTE et BORY.

Nous rapportons l'observation d'un nouveau cas de mort à la suite d'injections d'huile grise chez un paralytique général.

X..., 38 ans, a eu, en 1895, un chancre syphilitique, traité régulièrement pendant quelques mois. Vers 1904, sa famille s'aperçut de l'apparition chez lui de troubles psychiques, consistant surtout en troubles du caractère, perte de la mémoire. Le tout fut mis sur le compte d'une insolation survenue vers la même époque.

Le malade s'affaiblit ensuite progressivement et devient incapable de remplir correctement les obligations de son service.

En 1906, à la suite d'un ictus, les troubles psychiques se sont marqués davantage et le malade, qui était officier, dut prendre des congés répétés et prolongés.

Sur le conseil de M. Gaucher, il fut abondamment traité par le mercure. Pendant les mois de février, mars, avril et mai 1907, son médecin lui fit 65 injections hypodermiques de benzoate de mercure, alternant, par intervalles, avec des pilules de sublimé. Iodure de potassium 2 grammes, gargarismes au chlorate de potasse. La cure fut très bien supportée, mais on ne constate aucune amélioration des troubles psychiques.

Sur ces entrefaites le malade retourne dans sa garnison où le médecin major, trouvant le traitement inactif, substitue l'huile grise au benzoate. Quinze piqûres d'huile grise auraient été faites dans l'espace de 3 mois avec 8 jours d'intervalle entre les piqûres.

Le 28 octobre 1907, on amène le malade à M. Gaucher avec une stomatite mercurielle intense datant de 10 à 15 jours.

Le même jour, le malade entre à l'hôpital Saint-Louis.

Il existe une salivation abondante, une odeur fétide de l'haleine ; on voit des plaques sphacéliques grisâtres sur les gencives, sur le bord gauche de la langue et à la face interne de la joue gauche, dont la face externe est rouge, tuméfiée. Le pharynx paraît respecté, la déglutition est possible et non douloureuse. Pendant quelques jours il y a eu un peu de diarrhée. La température est normale. Pas d'albumine dans les urines. Les pupilles ne réagissent pas à la lumière ; les réflexes tendineux sont abolis.

Dès l'arrivée à l'hôpital on fait des lavages fréquents de la bouche à l'eau oxygénée, et l'on ordonne de l'eau d'Uriage, des comprimés de benzoate d'ammoniaque, 1 gramme de KI.

Le 30 octobre, le malade a de la confusion mentale, de l'agitation nocturne : il se lève et veut partir de la salle.

Le 2 novembre, amélioration locale, apparente, car il est extrêmement difficile de faire ouvrir la bouche et de l'examiner. La nuit a été très bonne.

Le 3, l'agitation nocturne a recommencé et le malade a eu du délire professionnel.

Le 4, comme l'agitation persiste pendant le jour, on donne 1 gramme de bromure de potassium et du sirop de valériane.

Le 5, le malade est isolé. L'état de la bouche paraît amélioré et cependant le gonflement de la joue gauche persiste, s'étend même à la région sous-maxillaire du même côté.

Le 6, la nuit a été plus calme ; l'ouverture de la bouche est plus aisée ; on voit sur la face interne de la joue gauche une large ulcération.

Le 7, état stationnaire, mais la nuit est plus agitée à partir de minuit ; le gonflement sous-maxillaire persiste.

Le 9, après une nuit assez calme, le malade présente une respiration très difficile, du tirage sus-et sous-sternal, des menaces de suffocation.

Le gonflement sous-maxillaire s'est nettement étendu, gagnant le cou et la région sous-maxillaire droite, la peau est rouge et toutes ces régions donnent au doigt une induration ligneuse.

L'auscultation laisse entendre des râles nombreux dans la poitrine.

Le malade est transporté d'urgence en chirurgie avec le diagnostic d'angine de Ludwig. M. Lecène, chirurgien de garde, confirme ce diagnostic et la nécessité d'intervenir. Après une trachéotomie on fait respirer par la canule quelques bouffées de chloroforme et l'on incise. On trouve des tissus œdémateux grisâtres durs, on voit les ganglions énormes peu adhérents et baignant dans un liquide séro-sanguinolent. Malgré des débridements, jusqu'à la langue, à l'angle maxillaire inférieur et aux vaisseaux du cou, on ne trouve pas trace de pus collecté.

Le malade se trouve très soulagé après l'opération. La mort survint 3 heures après. Une hémorrhagie assez abondante avait suivi l'opération.

Il est certain que l'état général du sujet, quoique bon en apparence, pouvait peut-être faciliter et précipiter l'intoxication hydrargyrique ; mais les accidents de paralysie générale qu'il présentait rentrent précisément dans les cas, où beaucoup de médecins se croient autorisés à utiliser l'huile grise comme plus active que les sels solubles.

M. LÉVY-BING. — Comme dans tous les cas de ce genre, on ne donne pas ici l'indication des doses employées, c'est pourtant là le point essentiel, et l'on peut dire que l'huile grise ne s'est jamais montrée dangereuse entre les mains de ceux qui savent bien la manier. On a bien publié un cas de mort concernant une femme qui avait été traitée à Saint-Lazare, mais les circonstances ne permettaient pas dans ce cas d'incriminer exclusivement l'huile grise. Cette femme en effet était sortie de Saint-Lazare en bon état, et c'est seulement après avoir été soumise de nouveau au traitement mercuriel par ingestion ou frictions qu'elle a présenté les accidents auxquels elle a succombé. Ce n'est donc pas l'huile grise, mais bien l'exagération du traitement mercuriel sous ses diverses formes qui a déterminé dans ce cas des accidents mortels.

M. BALZER. — Cette femme a reçu, nous dit-on, 15 piqûres en 3 mois ; c'est certainement là une dose exagérée, et je crois qu'on ne doit jamais dépasser dans une série de piqûres la dose totale de 30 à 40 centigrammes de mercure. Mais constamment nous voyons commettre ces imprudences, et l'on ne semble tirer aucun enseignement des accidents qui surviennent de temps en temps, et qui ont été observés dès les débuts du traitement mercuriel par les injections, par Scarenzio et Smirnoff eux-mêmes. C'est après avoir été les témoins de cas de mort, que ces initiateurs ont déterminé leur dosage de la cure mercurielle par injections massives. Ceux qui les ont suivis, comme Watraszewski, Lang, etc., ont eu plutôt de la tendance à restreindre ce dosage et à faire ressortir les dangers des doses trop fortes. Ceux qui ne sont pas très familiers avec cette méthode feront sagement de ne pas s'écarter des dosages classiques, et même de faire leurs injections à intervalles plus larges, quand ils approchent de la fin de la cure. Cette précaution diminue beaucoup le danger des stomatites tardives.

M. EUDLITZ. — Les accidents mortels relatés par Smirnoff sont dus à une cause spéciale qu'il n'est pas inutile de rappeler. Je me suis longuement étendu sur ce jus et, dans mon travail sur le traitement hypodermique de la syphilis, que j'ai publié en 1893. Smirnoff, qui était Finlandais, avait l'habitude de préparer lui-même, au moment de s'en servir, son huile calomélisée au moyen de paquets de calomel de 10, 15 ou 20 centigrammes qui lui étaient fournis par la pharmacie de l'hôpital. Or, alors qu'il poursuivait ses recherches, le système national des poids et mesures, en vigueur en Finlande, fut supprimé pour être remplacé par le système métrique français. Le pharmacien de l'hôpital se trompa dans ses calculs de transformation et livra des paquets renfermant 25, 40, 60 centigrammes de calomel. Ce n'est qu'après une enquête sérieuse que Smirnoff, qui allait abandonner cette méthode dont il était un défenseur enthousiaste, découvrit la cause des accidents mortels. Il y remédia aussitôt et les accidents cessèrent.

M. LOUSTE. — Cette nouvelle observation que nous apportons a simplement pour but de montrer combien il est délicat de conseiller une méthode aussi souvent mal appliquée, et qui a déjà donné lieu à des accidents mortels nombreux.

M. AUDRAIN. — Dans un cas de stomatite mercurielle, j'ai tiré un grand profit de l'emploi des injections de plasma de Quinton. Il s'agissait de lésions destructives, mutilantes, siégeant en 3 foyers, l'un sur la paroi postérieure du pharynx, un autre près des grosses molaires, et le plus important au niveau du frein de la langue. Le foyer de nécrose occupa toute la largeur de la langue et fit tomber toute la face postérieure du maxillaire inférieur au niveau des 4 incisives. Les régions sous-maxillaire et sus-hyoïdienne s'infiltrèrent et prenaient déjà un caractère phlegmoneux. Tous les toniques avaient été employés sans succès. Le plasma de Quinton agit de suite d'une manière évidente, à la simple dose de 10 centimètres cubes par jour.

Une suspension de 24 heures dans ce traitement fit réapparaître la teinte grise du fond des ulcérations. En deux semaines la guérison complète fut obtenue et la dose injectée *pro die* n'a jamais dépassé 30 centimètres cubes.

Le traitement local se borna pendant cette période aux lavages à l'eau boriquée ou à l'eau oxygénée faible.

Depuis cette époque, je suis resté fidèle au plasma de Quinton dans le traitement des stomatites et, aussi, lorsque mes malades ont présenté aux foyers de piqûres d'huile grise un trajet ou un noyau induré.

Chaque fois, l'amélioration a été sensible. Je n'ai pas observé, dans tous les cas de ce genre, que les fortes doses de plasma de Quinton aient produit une action plus marquée. La dose de 30 centimètres cubes, tout à fait inoffensive, sauf une légère excitation, paraît être la dose utile maxima.

Chancre syphilitique du menton.

Par MM. DANLOS et BLANC.

Il s'agit d'un chancre d'aspect typique, avec adénopathie sous-

mentionnière considérable et syphilide exanthématique papulo-roséolique abondante.

M. A. FOURNIER. — Ce chancre présente une particularité intéressante : c'est la profondeur exceptionnelle de l'érosion, qui atteint au moins 3 à 4 millimètres. Ce fait est souvent l'origine d'erreurs de diagnostic pour les chancres de la face. On sait que Ricord a enseigné que le chancre est une lésion *superficielle*, simplement érosive; mais lui-même connaissait bien d'ailleurs les chancres profonds, qu'il appelait chancres *en évidoir*.

M. DANLOS. — Les chancres de cette région sont d'habitude assez profonds.

M. BAUDOUIN. — Cette profondeur des chancres de la face n'est-elle pas due souvent aux manœuvres intempestives, malaxations ou cautérisations, que les malades mettent souvent en œuvre quand il s'agit de lésions aussi apparentes?

Trois chancres syphilitiques des doigts.

Par MM. DANLOS et BLANC.

Ces trois chancres, observés chez trois individus différents, siégeaient, l'un sur le médius de la main droite, les deux autres sur la phalange de l'index droit. Celui du médius, par suite d'infection surajoutée, s'était compliqué d'une dactylite envahissant les deux dernières phalanges, ce qui aurait pu en rendre le diagnostic délicat sans l'adénopathie sus-épitrochléenne et l'éruption secondaire. Chez deux de ces trois malades, le chancre en voie de disparition coïncidait avec une syphilide papulo-squameuse d'intensité moyenne. Chez le troisième, l'éruption papuleuse un peu plus sévère s'accompagna pendant sa sortie d'un état général mauvais, de fièvre (39° et 110 pulsations), et, sur quelques boutons, d'un léger soulèvement purulent qui aurait pu faire penser à une variolotide.

M. QUEYRAT. — J'ai vu un chancre du doigt chez un dentiste qui s'était piqué avec un instrument aigu dont il venait de se servir pour sonder une dent.

M. BAUDOUIN. — On dit souvent que les chancres extragénitaux donnent lieu à des syphilis sévères; cette prétendue règle ne se vérifie pas ici, car sur 3 chancres du doigt, un seul a été suivi d'accidents secondaires sérieux.

M. BALZER. — Je serais tenté de croire que les chancres céphaliques sont plus souvent que les autres l'origine de syphilis cérébrales; je viens d'en voir encore un exemple. Il s'agissait d'un chancre de la conjonctive; malgré un traitement sérieux et prolongé, il y eut des récidives multiples de roséole et la 7^e année éclatèrent des accidents de syphilis cérébrale.

M. A. FOURNIER. — J'ai été, moi aussi, frappé du rapport possible entre le siège de l'accident primitif et la gravité de la syphilis ; mais il ne s'agit là que d'une apparence ; en dressant une statistique minutieuse portant sur un très grand nombre de cas, je me suis convaincu que les chancres extra-génitaux ne sont pas plus souvent suivis de syphilis graves que les chancres génitaux. C'est là, du reste, un point que j'ai longuement discuté dans mon livre sur les *chancres extra-génitaux* et qui exige de longs développements sur lesquels je ne saurais insister pour l'instant.

M. BALZER. — Je crois pourtant que la syphilis revient volontiers sur les régions qu'elle a touchées une première fois ; on pourrait expliquer ainsi la fréquence plus grande des syphilis cérébrales succédant aux chancres céphaliques et surtout aux chancres de l'œil. J'interprète ce fait non comme une aggravation de l'infection générale, mais comme une localisation régionale des accidents.

Roséole lépreuse simulant la syphilis.

Par MM. DANLOS et BLANC.

B. L..., âgé de 19 ans, est né dans la République Argentine où il a vécu jusqu'au mois de juillet dernier. Ses parents ainsi que ses frères et sœurs sont tous bien portants. Vers l'âge de 12 ans, il aurait vu apparaître de petites saillies sur les bras et la poitrine ; elles étaient et sont restées indolores spontanément ou à la pression, régulièrement arrondies, planes et rosées.

Au mois de juillet dernier, à la suite de chocs (?), apparurent sur quelques saillies du dos et des cuisses de petites ulcérations peu douloureuses et qui suppurèrent. Malgré le bon état général persistant, le malade décida de venir consulter en France.

Actuellement l'affection se caractérise par deux sortes de lésions, une roséole et des papules. La roséole siège sur la poitrine et sur le dos, sous forme de macules d'un rose pâle, régulières de forme et disposées irrégulièrement avec une prédominance pour les côtés du thorax, quelques éléments siègent aussi sur les bras. Sur les cuisses et sur les bras se voient plusieurs papules, les unes de la dimension d'une tête d'épingle, les autres d'une lentille ; arrondies régulièrement, surélevées, elles sont d'une coloration rouge foncé, et très dures au toucher. De plus sur le bras gauche, la cuisse gauche et les jambes, il existe quelques lésions papulo-crustacées, de volume plus considérable et recouvertes d'une croûte adhérente et épaisse.

Aucun ganglion perceptible.

Le nerf cubital gauche est légèrement augmenté de volume, le droit un peu moins. Tous deux sont complètement insensibles à la pression.

On constate de plus une hypoesthésie assez nette sur le bord cubital des deux avant-bras et une anesthésie complète au toucher et à la piqûre sur les différentes lésions même les plus petites. Autour des plus volumineuses l'anesthésie s'étend aussi un peu aux téguments voisins.

L'intérêt de cette observation est l'existence d'une roséole lépreuse identique d'apparence avec une roséole secondaire, ce qui aurait

pu faire méconnaître la lèpre ou croire à une lèpre compliquée de syphilis. L'erreur fut évitée facilement, car dans la syphilis, la roséole ne coexiste pas avec des lésions crustacées ulcéreuses. C'est cette coïncidence jointe à la nationalité du malade, à la dureté des tubercules qui éveilla l'idée de lèpre, idée confirmée par l'anesthésie. La syphilis niée par le malade, qui se prétendait vierge, fut recherchée avec soin dans les ganglions et sur les muqueuses. Il n'en existait aucun signe. Une biopsie a montré les tubercules remplis de bacilles de Hansen. Elle a montré aussi que l'anesthésie n'était qu'en surface, car l'excision profonde a été assez douloureuse.

Un cas de mycosis fongoiide simulant par places la syphilis. Résorption rapide d'une grosse tumeur après une séance de radiothérapie.

Par MM. DANLOS et BLANC.

Pas d'antécédents héréditaires ; a eu de la gourme dans l'enfance, mais pas d'autre maladie de peau ni de syphilis.

Cette malade, atteinte d'amnésie sénile, est incapable de préciser l'époque du début de son affection. Par son entourage, on apprend que le mal a débuté, il y a 18 mois, par un prurit violent, général, mais plus accusé sur la tête ; six mois plus tard, l'éruption aurait commencé. Depuis ce moment, elle a grandi peu à peu pendant que le prurit diminuait progressivement. Aujourd'hui, nulle part, sauf sur le dos où existe un large placard pigmenté à limites diffuses, on ne constate l'existence de l'éruption eczémato-lichénienne qui caractérise ordinairement la première période de la maladie. Les tubercules et les placards mycosiques semblent s'être développés sur la peau saine qui a conservé, dans leur intervalle, l'aspect normal.

A la face, on rencontre des papulo-tubercules ressemblant à s'y méprendre à de grosses papules syphilitiques plates, et sur la tempe et le haut de la joue droite un vaste placard infiltré, à bords nets, de coloration moins vive.

Sur la tête, particulièrement sur la moitié droite du crâne, plusieurs masses arrondies hémisphériques, isolées ou confluentes, dont le diamètre varie depuis celui d'une pièce d'un franc à celui d'une pièce de 5 francs. Elles sont rouges, épidermisées ou à peine érosives. On y trouve en outre une masse en choux-fleurs, grande comme la paume de la main, déprimée au centre, saillante, de 4 à 5 centimètres au moins, et sécrétant une sérosité puriforme très fétide.

Sur le tronc et les membres sont répandus de très nombreux tubercules isolés, ou groupés par 4 ou 5, dont l'apparence est identique avec celle d'une syphilide lenticulaire grave à gros éléments.

A la vulve, l'identité avec la syphilis est frappante : mêmes papules saillantes et confluentes, même tuméfaction des grandes lèvres.

Toutefois, rien sur la muqueuse elle-même.

Sensibilité intacte partout, pas trace de syphilis réelle.

Ce cas est remarquable par trois particularités :

1° l'absence de la période eczémato-lichénienne dite prémycosique ;

2° l'identité absolue que présente sur beaucoup de points l'éruption mycosique avec une syphilide papulo-tuberculeuse grave ;

3° Enfin ce fait que la masse fongueuse du cuir chevelu, soumise à une seule séance de radiothérapie (5 H), a littéralement fondu dans l'espace d'une dizaine de jours, au point de perdre les deux tiers au moins de la saillie primitive.

Cet affaissement s'est produit sans aucune modification de l'état général, sans aucun accident susceptible d'être attribué à la résorption des produits morbides, du moins jusqu'à ce jour.

Coexistence de syphilides tertiaires avec un lichen plan.

Par MM. DANLOS et BLANC.

Il s'agit d'un syphilitique présentant à la paume des deux mains une syphilide psoriasiforme et au-dessus du genou gauche un placard de tubercules syphilitiques agminés.

Le chancre remontait à 8 ans environ, et le malade s'était mal soigné. Outre ces lésions, on constatait sur la face antérieure de chacun des avant-bras une vingtaine de papules brunes, isolées ou groupées, ayant absolument l'aspect du lichen plan.

Aucune lésion sur la muqueuse buccale. Comme l'existence de la syphilis rendait le diagnostic un peu incertain, deux biopsies furent faites par M. Pautrier, l'une à la main, l'autre sur une papule de l'avant-bras. Elles confirmèrent les deux diagnostics de syphilis et de lichen. Le traitement mixte fit justice, en une quinzaine de jours, des lésions des mains ; sans influencer en aucune façon les papules antibrachiales, ce qui vérifiait à *posteriori* les conclusions de la biopsie et de la clinique.

Troubles sensitifs des lépromes.

Par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.

Dans la lèpre, les troubles sensitifs au niveau des lésions cutanées (1) ne sont pas aussi constants que le disent les auteurs, et, bien que l'anesthésie soit un des meilleurs signes des lépromes, elle manque assez souvent, si nous nous en rapportons à nos observations.

C'est là une notion contraire à tous les travaux classiques. Dühring,

(1) Il faut distinguer avec soin, d'une part les troubles sensitifs nettement localisés des lépromes maculeux ou nodulaires, et d'autre part les troubles sensitifs dus aux névrites lépreuses, qui sont étendus presque toujours à un large territoire et existent en dehors de toute éruption cutanée. Cette anesthésie des névrites peut être le seul symptôme d'une névrite latente constituant alors un signe précoce de grande utilité pour le diagnostic.

Gaucher (1) comptent l'anesthésie parmi les symptômes pathognomoniques. Besnier, dans les notes de la traduction de Kaposi (2), n'hésite pas à écrire : « Je n'ai jamais rencontré un tubercule, une tache, où la sensibilité fût normale; pour bien s'en rendre compte, il faut explorer la région similaire, saine si c'est possible, ou une région voisine du point malade »; ces troubles constituent « un précieux auxiliaire pour établir le diagnostic ». « Pour les tubercules comme pour les taches, le signe distinctif essentiel, dit Jeanselme (3), est l'anesthésie caractéristique ». D'après Brocq (4), « les troubles des diverses sensibilités sont constants au niveau des éruptions lépreuses; l'anesthésie est la règle; mais elle est éminemment variable d'intensité et elle affecte surtout le type de la dissociation parfaite ou imparfaite ». En effet, il faut se souvenir que les troubles sensitifs des lépromes sont souvent atténués, et demandent une recherche minutieuse, l'abolition ou l'altération de la sensibilité thermique ou douloureuse contrastant dans ces cas avec l'intégrité de la sensibilité tactile.

Un examen trop rapide et ne portant que sur la sensation tactile méconnaîtrait ces troubles.

Cependant quelques auteurs notent que ces troubles, même dans leur forme atténuée, peuvent manquer, et Jeanselme, dans son article si détaillé, fait des réserves auxquelles il ne consacre que ces quelques lignes : « Les troubles objectifs (de la sensibilité) sont d'une importance capitale; il faut savoir néanmoins qu'ils sont inconstants et que, sur certains éléments, en particulier du type érythémateux, ils peuvent faire complètement défaut ».

La loi classique est vraie dans sa généralité et nous n'avons nullement l'intention de la contester, mais ce que nous voudrions mettre en évidence, c'est que *le léprome n'est pas forcément anesthésique*, sa sensibilité peut être tout à fait normale. Ces faits sont plus que des exceptions; l'un de nous, dans ses voyages aux Indes, en Birmanie, au Siam, en Indo-Chine, aux Indes néerlandaises, en Chine, a été vivement frappé de leur fréquence relative et il a recueilli de nombreuses notes à ce sujet.

Il a remarqué que certaines applications thérapeutiques telles que les frictions salines de Rost, provoquent assez souvent des douleurs au niveau des lépromes et des ulcérations lépreuses. A l'hôpital Saint-Louis, il se trouve que sur 4 lépreux que le hasard a réunis à la salle Cazenave, 2 font exception à la règle classique. Un des malades est particulièrement démonstratif.

(1) GAUCHER. *Traité des Maladies de la peau*, II, p. 468.

(2) P. 471.

(3) JEANSELME et M. SÉE. *Lèpre. Pratique Dermatologique*, II, p. 81.

(4) *Traité*, 1907, I, p. 519.

M..., âgé de 21 ans, est atteint de lèpre nodulaire miliaire de la face et des membres. La maladie a commencé il y a 4 ans par 3 taches de 10 millimètres environ de diamètre, siégeant à la face. La dernière poussée de nodules miliaires date de 5 mois. Sur ces très nombreux lépromes toutes les sensibilités recherchées à plusieurs jours d'intervalle sont intactes : sensibilité tactile à l'aiguille et au flocon de ouate, sensibilité douloureuse à la piqure et au pincement, sensibilité thermique à l'aiguille chauffée et à la pointe de glaçon, sensibilité profonde à la pression. L'éruption n'est pas assez jeune pour que l'on puisse objecter que les troubles sensitifs n'ont pas encore eu le temps d'apparaître ; elle n'est pas assez ancienne pour que la maladie évoluant vers la guérison, l'anesthésie ait déjà disparu. Le malade, homme instruit et fort intelligent, soupçonnant la nature de sa maladie, a exploré minutieusement sa sensibilité dès le début et pendant tout le cours de la maladie sans noter d'hypoesthésie douloureuse. Le fait est donc entièrement négatif. Par contre, le malade a le nerf cubital gauche tuméfié et cette névrite naissante explique l'hypoesthésie tactile au flocon de ouate et le très léger retard de perception des sensations thermiques que l'on constate au niveau du cinquième et du quatrième doigts de la main gauche. Ces troubles sensitifs sont complètement indépendants des éléments éruptifs ; on les trouve dans des points où la peau est intacte.

Il faut donc apporter une restriction à la règle classique et dire que, dans un certain nombre de cas, l'anesthésie du léprome peut manquer. Ces exceptions sont importantes à signaler, surtout dans les pays où, la lèpre étant rare, un cas isolé peut assez facilement être méconnu. Elles montrent qu'il ne suffit pas, en cas de doute, de prendre une aiguille, de piquer un nodule douteux et de constater la perte de la sensibilité pour affirmer la lèpre. Un léprome sans association de névrite peut ne pas être anesthésique et rester très discutable cliniquement. Il faut, pour affirmer le diagnostic, l'observation générale et minutieuse du malade, et surtout la constatation de la présence du bacille de Hansen.

**Placard érythémato-squameux persistant depuis six semaines
à la suite d'une cuti-réaction tuberculinique.**

Par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.

Nous présentons aujourd'hui à la Société de Dermatologie, un malade que nous avons déjà montré à la dernière séance de cette Société, en faisant notre communication sur les cuti-réactions tuberculiniques.

Ce malade, atteint d'un lupus du nez et d'eczéma scrofulosorum, a été éprouvé par la cuti-réaction à la fin d'octobre 1907. La cuti-réaction avait été intense. Elle avait déterminé autour des scarifications une rougeur diffuse avec tuméfaction. A la suite de cette lésion artificielle, s'est développé un placard érythémato-squameux

(moulage Baretta, n° 2578), large de 5 centimètres, haut de 8 centimètres. La surface de ce placard est rouge ; elle est parsemée de fines squames sèches, très adhérentes et pointillée de quelques cônes kératosiques analogues à ceux du lupus érythémateux. L'érythème diffuse et déborde de 3 à 4 millimètres le placard squameux. Le doigt sent une légère saillie et un peu d'infiltration uniforme de toute la lésion.

Tel est le fait : quelle en est la signification ? Il ne nous semble pas que l'on puisse invoquer une infection secondaire banale ; nous serions tentés d'en faire une tuberculide érythémato-squameuse déterminée par la cuti-réaction. En effet, la comparaison des placards d'eczéma scrofulosorum dont le malade est porteur, montre que cet érythème n'est que l'exagération des lésions que le malade présente en d'autres points de la peau. Cet érythème squameux, provoqué chez un lupique par une réaction tuberculinique locale, est à rapprocher de certaines variétés de lupus érythémateux.

La naissance d'une tuberculide érythémato-squameuse sous l'influence d'une irritation tuberculinique est un fait doctrinal d'une réelle importance qui méritait d'être signalé.

Élections.

Au cours de la séance ont été nommés :

Membre titulaire : MM. CHATARD, de la Bourboule ;

Membres correspondants : MM. FERNANDES, de Bombay ; BOGOLEPOFF, de Tomsk.

Un scrutin a eu lieu également pour l'élection des membres de la Commission du prix Zambaco.

Ont été nommés membres de la Commission :

MM. DANLOS, DE BEURMANN, BALZER, BRUCHET, FOUQUET.

Le Secrétaire :

P. DÉHU.

Le Gérant : PIERRE AUGER.

TABLE DES MATIÈRES

Acrodermatite. Sur un nouveau cas d'— suppurative continue, par M. HALLOPEAU.....	1
Adénite cervicale tuberculeuse extirpée par l'incision esthétique rétro-auriculaire, par M. MORESTIN.....	69
Adipose douloureuse et paralysie pseudo-bulbaire, par MM. GAUCHER et NATHAN.....	403
Angiome. Volumineux — de la face chez une négresse, par M. MORESTIN..	71
Asphyxie locale. Sur une — des extrémités avec sphacèle des oreilles, par MM. HALLOPEAU et LASNIER.....	51
Atoxyl. Sur un cas grave de lèpre mixte qui va être traité par la solution à hautes doses d'—, par MM. HALLOPEAU et BOUDET (V. <i>Lèpre</i>). — Quelques cas de lèpre tuberculeuse traités par l'atoxyl, par M. BRAULT (V. <i>Lèpre</i>). — Sur un cas de lèpre grave considérablement amélioré par l'atoxyl, par MM. HALLOPEAU et AINE (V. <i>Lèpre</i>). — Cas de lèpre et de syphilis améliorés par l'anilarsinate de soude, par MM. HALLOPEAU et RAILLIET (V. <i>Syphilis</i>). — Nouvelle note sur l'atoxyl, par M. HALLOPEAU.....	389
— Quatre nouveaux cas de pellagre observés à Alger; traitement par l'atoxyl, par M. BRAULT (V. <i>Pellagre</i>).	
Atrophie cutanée. Plaque d'—, par MM. DANLOS et DEROTZ.....	60
— Deux plaques symétriques d'atrophie cutanée antibrachiale, par MM. DANLOS et BLANC	441
Blastomycoses. Note sur le diagnostic des —; de la nécessité des cultures pour le diagnostic des mycoses cutanées, par MM. GASTOU et BOGOLEPOFF.....	383
Blennorrhagie. Sur un trajet fistuleux gonococcique du fourreau, par MM. HALLOPEAU et BOUDET.....	92
— Kystes congénitaux du raphé du pénis infectés par le gonocoque, par MM. BALZER et MERLE.....	110
— Chancre mixte et blennorrhagie de la région ano-rectale, par MM. BALZER et GALUP (V. <i>Chancre mou</i>).	
Brûlures. Baumes et onguents à base d'essences et de résines végétales dans le traitement externe des —, par MM. GASTOU et GUILLOT.....	321
Calomel. Une nouvelle préparation de — injectable, par MM. EUDLITZ, LAFAY et LÉVY-BING.....	411
Cancer (V. <i>Épithélioma</i>).	
Chancre mou de la main, par MM. DANLOS et DEROTZ.....	60
— Sur une épidémie de chancres simples, par M. HALLOPEAU.....	89
— Chancre mixte et blennorrhagie de la région ano-rectale, par MM. BALZER et GALUP.....	377
Cheveux. Sur une aplasie congénitale non moniliforme des —, par MM. HALLOPEAU et RAILLIET.....	452
Comédons. Sur un cas de groupements comédoniens du cuir chevelu; type clinique nouveau, par MM. HALLOPEAU et LERTANT.....	52
Correspondance	41, 189 347

Cuti-réaction tuberculeuse sur la peau saine et sur les lésions cutanées ; cuti-réaction locale, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.....	433
— Placard érythémato-squameux persistant depuis six semaines à la suite d'une cuti-réaction tuberculinique, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT..	481
Eczéma avec kératodermie palmaire et plantaire, par MM. BALZER et MERLE	76
— Eczéma séborrhéique de type anormal, par MM. GAUCHER et MALLOIZEL..	121
— Syphilome en cuirasse datant de 19 ans, développé sur un eczéma sébor- rhéique présternal, par MM. GASTOU et LEGENDRE (V. <i>Syphilis</i>).	
Élections	141, 482
Épidermolyse bulleuse dystrophique, par MM. L. BRODIER et MILIAN....	406
Épithélioma du sillon mento-labial, d'origine cutanée, adhérent à la mâchoire inférieure; extirpation, abrasion du maxillaire. Cheiloplastie; guérison depuis trois ans et demi, par M. MORESTIN.....	42
— Vaste épithélioma de la face; extirpation; application secondaire de greffes dermo-épidermiques, par M. MORESTIN.....	45
— Quatre cas de cancer du nez, par M. MORESTIN.....	244
— Épithélioma étendu de la face; ablation, application secondaire de greffes dermo-épidermiques, par M. MORESTIN.....	65
— Cancer sur un lupus de la face ; extirpation; greffes dermo-épidermiques, par M. MORESTIN.....	425
— Cancer de la lèvre inférieure et de la joue, par M. MORESTIN.....	255
— Sur un épithélioma très volumineux du cuir chevelu, par MM. HALLOPEAU et GARBAN.....	233
— Cancer du pharynx chez une femme atteinte antérieurement d'accidents tertiaires pharyngés, par M. MORESTIN.....	73
— Cancer de la verge, par M. MORESTIN.....	382
— Syphilis linguale ou épithéliome, par MM. GAUCHER, LOUSTE et BORY (V. <i>Syphilis</i>).	
Éruptions artificielles. Éruption chez un vanilleux, par MM. GAUCHER et MALLOIZEL.....	59
— Évolution et examen histologique d'une éruption psoriasiforme par tuberculine, par M. MILIAN.....	89
Favus. Petite épidémie familiale de —, par MM. BALZER et GALUP.....	462
Glandes sébacées. Affection indéterminée, peut-être congénitale, des —, par M. DANLOS.....	333
— Dégénérescence kystique régionale des glandes sébacées, par MM. BALZER et GALUP.....	378
Glandes vasculaires sanguines. Lésions des — (corps thyroïde, cap- sules surrénales) dans les érythèmes desquamatis et les affections bul- leuses, par MM. GASTOU et BOGOLEPOFF.....	319
Hidradénomes éruptifs , par MM. BALZER et MERLE.....	115
— Hidradénomes éruptifs (épithéliome kystique bénin); remarques sur l'évolution, par M. FRANÇOIS-DAINVILLE.....	305
Huile grise. Le traitement intensif et abortif de la syphilis réalisé par les injections d'—, par M. DUHOT.....	443
— Deux mots sur l'huile grise, par M. JULLIEN.....	158
— Note sur les injections d'huile grise, par M. ÉTIENNE.....	163
— Considérations sur l'emploi de l'huile grise dans le traitement de la syphilis, par M. RENAUT.....	166
— Considérations sur les injections d'huile grise, par M. E. FOURNIER.....	174
— Réflexions sur l'huile grise, par M. A. FOURNIER.....	187
— Sur les douleurs provoquées par l'huile grise à haute dose, par M. HAL- LOPEAU.....	98
— Note sur les injections d'huile grise, par M. HALLOPEAU.....	200

Huile grise. Pharmacologie de l'huile grise, par M. LAFAY.....	189
— Pharmacologie de l'huile grise (analyse d'une note de M. Duret), par M. DANLOS	205
— Modifications à apporter à la posologie de l'huile grise, par M. EMERY....	208
— Étude d'une nouvelle formule d'huile grise, par M. LAFAY.....	215
— Réponse à M. Lafay au sujet d'une nouvelle formule d'huile grise, par M. DANLOS.....	227
— Nouveau cas de mort à la suite d'injections d'huile grise, par MM. GAUCHER, LOUSTE et BORY.....	472
— Nouvelle seringue de M. Horand pour les injections d'huile grise, par M. HALLOPEAU.....	397
— Rapport de la Commission de l'huile grise, par M. LAFAY.....	452
Ichtyose. Nouvelle note sur un cas d'— anormale avec productions bulleuses, par M. HALLOPEAU.....	90
— Sur l'état du corps thyroïde chez les enfants atteints d'ichtyose congénitale, par MM. HALLOPEAU et BOUDET.....	99
— A propos d'une note de M. Lenglet concernant notre observation publiée sous le titre : « Sur un cas de pemphigus chronique congénital et familial à forme d'ichtyose bulleuse », par MM. NICOLAS et FAVRE (V. <i>Pemphigus</i>).	
Kystes congénitaux du raphé du pénis infectés par le gonocoque, par MM. BALZER et MERLE. (V. <i>Blennorrhagie</i>).	
La Bourboule. Action des eaux de — sur l'élimination de quelques éléments urinaires dans les dermatoses dites diathésiques, par MM. GASTOU et FERREYROLLES.....	128
— Les eaux de La Bourboule en injections sous-cutanées (comparaison avec les sérums artificiels, l'eau de mer et les eaux radio-actives), par MM. GASTOU et FERREYROLLES.....	133
Langue noire produite par l'eau oxygénée, par M. BIZARD.....	237
— Tuberculose linguale, par M. MORESTIN.....	380
— Leucoplasie linguale très étendue, traitée par l'extirpation, par M. MORESTIN (V. <i>Leucoplasie</i>).	
— Sur un cas de glossopathie fissuraire survenue deux mois après l'apparition du chancre, par MM. HALLOPEAU et RAILLIET (V. <i>Syphilis</i>).	
— Syphilis linguale ou épithélioma, par MM. GAUCHER, LOUSTE et BORY (V. <i>Syphilis</i>).	
— Deux cas de syphilis secondaire chez des malades atteints de glossite exfoliatrice marginée avec langue scrotale, par MM. DANLOS et BLANC (V. <i>Syphilis</i>).	
— Psoriasis atypique; localisation sur la muqueuse des lèvres et peut-être sur la muqueuse linguale, par MM. BALZER et MERLE (V. <i>Psoriasis</i>).	
Lèpre. Sur un cas grave de — mixte qui va être traité par la solution à hautes doses d'atoxyl, par MM. HALLOPEAU et BOUDET.....	234
— Quelques cas de lèpre tuberculeuse traités par l'atoxyl, par M. BRAULT..	447
— Sur un cas de lèpre grave considérablement améliorée par l'atoxyl, par MM. HALLOPEAU et AINE.....	455
— Cas de lèpre et de syphilis améliorés par l'anilarsinate de soude, par MM. HALLOPEAU et RAILLIET (V. <i>Syphilis</i>).	
— Note à propos de l'ophtalmo-réaction chez les lépreux, par M. BRAULT...	448
— Roséole lépreuse simulant la syphilis, par MM. DANLOS et BLANC.....	477
— Troubles sensitifs des lèpromes, par MM. de BEURMANN et GOUGEROT....	479
Leucoplasie vulvaire, par M. MORESTIN	49
— Leucoplasie linguale très étendue, traitée par l'extirpation, par M. MORESTIN.	417
Lichen blanc. Sur la nature du — de v. Zumbusch, par M. HALLOPEAU....	106

Lichen plan unilatéral de la bouche, par M. LOUSTE.....	241
— Lichen plan du fourreau de la verge et de la bouche, par MM. GAUCHER et LOUSTE.....	243
— Coexistence de syphilides tertiaires avec un lichen plan, par MM. DANLOS et BLANC.....	479
— Un cas de lichen ruber plan en larges placards, localisé à la face dorsale de la main droite, traité par le radium, par MM. WICKHAM et DEGRAIS (V. <i>Radium</i>).	
Lichen scrofulosorum. Malade atteint simultanément d'une éruption spécifique et d'un —, par M. RENAULT.....	82
Livedo. Contribution à l'étude de la — inflammatoire, par MM. BALZER et MERLE.....	323
— Figure du cas de livedo présenté par MM. BALZER et MERLE.....	450
Lupus érythémateux. Sur un — de la face guéri unilatéralement par un érysipèle unilatéral, par MM. HALLOPEAU et BOUDET.....	8
— Lupus érythémateux de la face et de la langue, par M. GAUCHER.....	242
— Lupus érythémateux primitif de la muqueuse de la lèvre inférieure, par MM. BALZER et GALUP.....	375
— Un cas de lupus érythémateux et eau radifère, par MM. WICKHAM et DEGRAIS.....	374
— Ophthlmo-réaction tuberculeuse en dermatologie; lupus tuberculeux et lupus érythémateux, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT (V. <i>Ophthlmo-réaction</i>).	
Lupus pernio. Un cas de — symétrique des extrémités, par MM. DANLOS et BLANC.....	372
Lupus tuberculeux. Traitement du — par la radiothérapie et la photothérapie combinées, par M. DARBOIS.....	259
— Sur le traitement du lupus tuberculeux, par M. DANLOS.....	261
— Traitement du lupus tuberculeux par le chlorure d'antimoine, par M. TROISFONTAINES.....	271
— Traitement du lupus de la face par la photothérapie, par MM. DE BEURMANN et DEGRAIS.....	286
— Le traitement opératoire du lupus, par M. MORESTIN.....	272
— Traitement du lupus des fosses nasales, par MM. DE BEURMANN et EGGER..	290
— Cancer sur un lupus de la face; extirpation; greffes dermo-épidermiques, par M. MORESTIN (V. <i>Épithélioma</i>).	
— Ophthlmo-réaction tuberculeuse en dermatologie; lupus tuberculeux et lupus érythémateux, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT (V. <i>Ophthlmo-réaction</i>).	
Lymphomes symétriques des paupières, de la joue et de l'oreille gauche, sans leucémie, par MM. DANLOS et BLANC.....	336
Mal perforant buccal. Ozène consécutif, par MM. GAUCHER et BORY.....	470
Maladie de Duhring-Brocq (V. <i>Pemphigus</i>).	
Mercure (V. <i>Calomel</i> et <i>Huile grise</i>).	
Molluscum contagiosum. Sur la présence de corpuscules très fins et leur action pathogène dans le — de l'homme, par MM. GASTOU et LIPSCHÜTZ.....	383
Morphée. Un cas de — des deux seins, par MM. BALZER et GALUP.....	461
Mycosis fongoïde. Sur une forme ortiée persistante circonscrite et eczématisée de —, par M. HALLOPEAU.....	53
— Sur une érythrodermie mycosique avec nodosités sous-cutanées, par MM. HALLOPEAU et LASNIER.....	55
— Examen histologique du cas précédent, par M. GASTOU.....	58
— Sur un nouveau cas d'érythrodermie mycosique, par MM. HALLOPEAU et DESHAYES.....	94

Mycosis fongolde. Mycosis ou pemphigus végétant fruste? par MM. HALLOPEAU et RAILLIET.....	311
— Deuxième note sur un cas de mycosis bulleux, variété rare, par MM. HALLOPEAU, GASTOU et RAILLIET.....	348
— Mycosis, syphilis ou pemphigus, par MM. GAUCHER, LOUSTE et BORY.....	471
— Sur un cas de mycosis fongolde avec lésions eczématiformes; régression des néoplasies après une ménorrhagie, par MM. HALLOPEAU et AINE.....	390
— Un cas de mycosis fongolde simulant par places la syphilis. Résorption rapide d'une grosse tumeur après une séance de radiothérapie, par MM. DANLOS et BLANC.....	478
Nævus. Sur un — pileaire géant, par MM. HALLOPEAU et LASNIER.....	106
Nécrologie	299, 387
Ongles. Nouvelle note sur un cas d'onychomycose, par M. HALLOPEAU.....	234
Ophthalmo-réaction tuberculeuse en dermatologie; lupus tuberculeux et lupus érythémateux, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.....	430
— Pityriasis rubra pileaire; ophthalmo-réaction négative, par MM. COURTELLE-MONT et GASTOU (V. <i>Pityriasis rubra</i>).	
— Note à propos de l'ophthalmo-réaction chez les lépreux, par M. BRAULT (V. <i>Lèpre</i>).	
Parapsoriasis. Un cas de —, par M. MILIAN.....	37
— Nouvelle note sur un cas de parapsoriasis; réaction à la tuberculine; examen histologique, par M. MILIAN.....	61
Pellagre. Note sur quelques cas de — observés à Alger, par M. BRAULT... — Quatre nouveaux cas de pellagre observés à Alger; traitement par l'atoxyl, par M. BRAULT.....	342 444
Pemphigus. A propos d'une note de M. Lenglet concernant notre observation publiée sous le titre : « Sur un cas de pemphigus chronique congénital et familial à forme d'ichtyose bulleuse », par MM. NICOLAS et FAVRE.....	42
— Épidermolyse bulleuse dystrophique, par MM. L. BRODIER et MILIAN (V. <i>Épidermolyse</i>).	
— Sur un cas de maladie de Duhring-Brocq indolore et variable dans ses manifestations, par MM. HALLOPEAU et AINE.....	457
— Mycosis, syphilis ou pemphigus, par MM. GAUCHER, LOUSTE et BORY (V. <i>Mycosis</i>).	
Phimosi s chez un diabétique, par M. MORESTIN.....	47
Phlébites récidivantes des veines des membres inférieurs et des veines sous-cutanées abdominales, par MM. BALZER et GALUP.....	331
Photothérapie (V. <i>Lupus tuberculeux</i>).	
Piedra nostras (V. <i>Trichosporie</i>).	
Pityriasis rubra pileaire. Un cas de — par MM. HALLOPEAU et GARBAN..	310
— Pityriasis rubra pileaire; ophthalmo-réaction négative, par MM. COURTELLE-MONT et GASTOU.....	398
— La nature tuberculeuse du pityriasis rubra pilaris, par M. MILIAN.....	451
Prurigo. Sur un — exanthématique avec localisation en jarrettières (fait nouveau), par MM. HALLOPEAU et AINE.....	460
Psoriasis atypique; localisation sur la muqueuse des lèvres et peut-être sur la muqueuse linguale, par MM. BALZER et MERLE.....	78
— Sur un nouvel exemple de psoriasis consécutif à une vaccination, et sa signification, par MM. HALLOPEAU et GASTOU.....	103
Radiothérapie. Conséquences fâcheuses de la — chez un enfant atteint de trichophytie, par M. HALLOPEAU.....	105
— Traitement du lupus tuberculeux par la radiothérapie et la photothérapie combinées, par M. DARBOIS (V. <i>Lupus tuberculeux</i>)	

Radiothérapie. Un cas de mycosis fongolde simulant par places la syphilis. Régression rapide d'une grosse tumeur après une séance de radiothérapie, par MM. DANLOS et BLANC (V. <i>Mycosis</i>).	
Radium. Ulcère variqueux très douloureux et rebelle guéri, sans cessation de travail, par des applications légères de radium (méthode sèche, par MM. WICKHAM et DEGRAIS.....	302
— Un cas de ruber plan en larges placards localisé à la face dorsale de la main droite, traité par le radium, par MM. WICKHAM et DEGRAIS.....	304
— Un cas de lupus érythémateux et eau radifère, par MM. WICKHAM et DEGRAIS (V. <i>Lupus érythémateux</i>).	
Rapport sur la situation de la Société, par M. DANLOS.....	99
— Rapport de la Commission de l'huile grise par M. LAFAY (V. <i>Huile grise</i>).	
Rhinophyma traité par l'abrasion modelante, par M. MORESTIN.....	381
Rhinoplastie par abaissement de l'orifice osseux des fosses nasales et d'un lambeau frontal, par M. MORESTIN.....	306
Sarcomatose primitive multiple de la peau: rectification de diagnostic, par MM. BALZER, MERLE et RUBENS-DUVAL.....	12
Séborrhée. Traitement de la — du cuir chevelu par le tétrachlorure de carbone soufré de M. Duret, et considérations sur la pathogénie de cette hypersécrétion ainsi que des affections qui lui font suite, par M. HALLOPEAU.	395
Sporotrichose ; présentation de malade, par MM. DANLOS, DEROYE et GOUGEROT.....	19
— Sporotrichose ; présentation de cultures, pièces humaines et expérimentales, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.....	22
— Nouveau cas de sporotrichose hypodermique, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.....	85
— Sporotrichose cutanée hypodermique, dermique et épidermique, par MM. GAUCHER et MONIER-VINARD.....	122
— Note sur les rapports entre les mycoses pulmonaires et cutanées à propos d'un cas de sporotrichose, par M. GASTOU.....	123
— Complément à notre quatrième observation de sporotrichose sous-cutanée, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.....	126
— Un sixième cas de sporotrichose ; sporotrichose hypodermique et dermique, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.....	126
— Sporotrichose ; lymphangite noueuse sporotrichosique ascendante, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.....	243
Syphilis. Chancre syphilitique de l'œil, par MM. DANLOS et DEROYE.....	96
— Sur un chancre de la paupière inférieure, par MM. HALLOPEAU et RAILLIET.	394
— Chancre de la cloison du nez, par MM. GAUCHER, LOUSTE et NATHAN.....	466
— Chancre syphilitique du menton, par MM. DANLOS et BLANC.....	475
— Chancre syphilitique de la voûte palatine, par M. RENAULT.....	300
— Chancre syphilitique de la gencive, par MM. GAUCHER, CAMUS et DRUELLE..	316
— Chancre syphilitique du thorax (région axillaire), par MM. GAUCHER et MALLOIZEL.....	121
— Chancre syphilitique du thorax, par MM. GAUCHER et BORY.....	403
— Trois chancres syphilitiques des doigts, par MM. DANLOS et BLANC.....	476
— Chancre syphilitique de la fosse naviculaire de l'urèthre, par MM. GAUCHER et CAMUS.....	317
— Chancre mixte et blennorrhagie de la région ano-rectale, par MM. BALZER et GALUP (V. <i>Chancre mou</i>).	
— Sur un cas de proliférations locales intensives au voisinage d'un chancre induré, par MM. HALLOPEAU et BOUDET.....	5
— Chancre tardif ou syphilide diphtéroïde précoce de la lèvre inférieure, par MM. BALZER et MERLE.....	231

Syphilis. Sur une desquamation en masse des régions plantaires dans un cas de syphilis secondaire, par MM. HALLOPEAU et LASNIER.....	54
— Syphilis secondaire rebelle au mercure, survenant par poussées cutanées accompagnées d'accidents méningés, par MM. GAUCHER et MALLOIZEL..	83
— Deux cas de syphilis secondaire chez des malades atteints de glossite exfoliatrice marginée avec langue scrotale, par MM. DANLOS et BLANC..	442
— Contagion syphilitique par un bandage herniaire; syphilide ulcéro-crustacée généralisée secondaire, méconnue pendant trois mois, par MM. GAUCHER et MONIER-VINARD.....	118
— Sur un cas de glossopathie fissuraire survenue deux mois après l'apparition du chancre, par MM. HALLOPEAU et RAILLIET.....	394
— Syphilis linguale ou épithélioma, par MM. GAUCHER, LOUSTE et BORY.....	467
— Syphilide pigmentaire du cou étendue à toute la partie antérieure de la poitrine; vitiligo concomitant, par M. RENAULT.....	301
— Sur un cas de syphilis tertiaire précoce avec gomme du frontal et perforation, par MM. HALLOPEAU et BOUDET.....	8
— Syphilide ulcéreuse maligne, par MM. GAUCHER, LOUSTE et BORY.....	463
— Observation d'un nouveau cas d'ostéite syphilitique tertiaire suppurée du tiers inférieur du fémur, avec arthropathie simulant une lésion tuberculeuse, par MM. GAUCHER, FOUQUET et GRÉHANT.....	315
— Probabilité de syphilis ignorée et de syphilide psoriasiforme tertiaire: insuffisance de l'examen histologique, par MM. DANLOS et DEROT.....	33
— Note sur le cas précédent, par M. GASTOU.....	34
— Syphilide tuberculeuse zoniforme avec cicatrices atrophiques, par MM. BALZER et GALUP.....	360
— Syphilides tuberculeuses en nappes avec cicatrices atrophiques et atrophies diffuses, par MM. BALZER et GALUP.....	463
— Malade atteint simultanément d'une éruption spécifique et d'un lichen scrofulosorum, par M. RENAULT (V. <i>Lichen scrofulosorum</i>).	
— Syphilome en cuirasse, datant de 19 ans, développé sur un eczéma séborrhéique présternal, par MM. GASTOU et LEGENDRE.....	362
— Mycosis, syphilis ou pemphigus, par MM. GAUCHER, LOUSTE et BORY (V. <i>Mycosis</i>).	
— Coexistence de syphilides tertiaires avec un lichen plan, par MM. DANLOS et BLANC (V. <i>Lichen plan</i>).	
— Cancer du pharynx chez une femme atteinte antérieurement d'accidents tertiaires pharyngés, par M. MORESTIN (V. <i>Épithélioma</i>).	
— Perforation palatine syphilitique; palatoplastie, par M. MORESTIN.....	358
— Cheiloplastie pour destruction de la lèvre supérieure par syphilis tertiaire; greffe d'une moustache, par M. MORESTIN.....	420
— Mutilation syphilitique du nez et de la lèvre supérieure; atresie des narines et de l'orifice buccal; opérations réparatrices diverses; rhinoplastie, par M. MORESTIN.....	421
— Analyse d'une note de M. Carlier sur le traitement de la syphilis, par M. MILIAN.....	243
— Cas de lépre et de syphilis améliorés par l'anilarsinate de soude, par MM. HALLOPEAU et RAILLIET.....	356
(V. <i>Calomel</i> et <i>Huile grise</i>).	
Syphilis héréditaire. Syphilides tertiaires ulcéro-croûteuses des narines, gomme de la voûte palatine, syphilome diffus du voile et des piliers, kératite interstitielle, chez un hérédo-syphilitique, par MM. GAUCHER et MONIER-VINARD.....	120
— Hérédo-syphilis tardive chez un sujet ne présentant pas d'altération du système dentaire, par MM. DANLOS et BLANC.....	356

Syphilis héréditaire. Exception à la loi de Colles-Baumès; contamination d'une mère par son enfant hérédo-syphilitique, par M. GAUCHER...	404
Trichophytie. Conséquences fâcheuses de la radiothérapie chez un enfant atteint de —, par M HALLOPEAU (V. <i>Radiothérapie</i>).	
Trichosporie. Nouveau cas de — (Piedra nostras) observé en France, par MM. BUREAU et LABBÉ.....	238
Troubles trophiques des doigts, de cause indéterminée, par M. FRANÇOIS-DAINVILLE	35
— Trophonévrose à forme de plaques atrophiques et scléreuses cutanées avec dyschromies et dispositions zoniformes et métamériques, chez une fillette de 6 ans, par MM. GASTOU et LEGENDRE.....	351
Tuberculides. Sur les cicatrices consécutives aux — papulo-nécrotiques, par MM. HALLOPEAU et LASNIER.....	95
Ulcère. Note sur la pathogénie de l' — phagédénique des pays chauds, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT	127
— Ulcère variqueux très douloureux et rebelle guéri, sans cessation de travail, par des applications légères de radium (méthode sèche), par MM. WICKHAM et DEGRAIS (V. <i>Radium</i>).	
Vaccine. Éruption post-vaccinale à forme d'herpès, par M. DANLOS.....	109
— Sur un nouvel exemple de psoriasis consécutif à une vaccination et sa signification, par MM. HALLOPEAU et GASTOU (V. <i>Psoriasis</i>).	
Vitiligo coïncidant avec une syphilide pigmentaire, par M. RENAULT (V. <i>Syphilis</i>).	

TABLE PAR NOMS D'AUTEURS

Aine, 390, 455, 460.

Audrain, 475.

Balzer, 12, 76, 78, 82, 93, 105, 110, 114, 115, 163, 182, 183, 215, 231, 315, 323, 331, 359, 360, 369, 375, 377, 378, 450, 461, 462, 463, 469, 474, 476, 477.

Baudouin, 88, 238, 303, 476.

Bénard, 81.

Beurmann (de), 22, 68, 84, 88, 126, 127, 237, 238, 243, 270, 286, 290, 294, 359, 372, 393, 402, 430, 433, 440, 479, 481.

Bizard, 237, 238.

Blanc, 336, 356, 372, 441, 442, 475, 476, 477, 478, 479.

Bogolepoff, 319, 383.

Bory, 403, 467, 468, 470, 471, 472.

Boudet, 5, 8, 92, 99, 234.

Brault (J.), 342, 347, 444, 447, 448.

Brodier (L.), 105, 406.

Bureau, 238.

Camus, 316, 317.

Charmeil, 69, 181, 295.

Chatin, 238, 439.

Courtellemont, 398.

Créquy, 105.

Danlos, 10, 11, 19, 33, 60, 61, 68, 69, 73, 83, 84, 96, 99, 109, 114, 204, 205, 227, 238, 261, 270, 294, 303, 304, 317, 323, 333, 336, 356, 372, 393, 441, 442, 444, 457, 475, 476, 477, 478, 479.

Darbois, 259.

Degrais, 286, 302, 304, 374.

Déhu, 83, 238.

Deroye, 19, 33, 60, 61, 96.

Deshayes, 94.

Druelle, 316.

Duhot, 143.

Duval (Rubens), 12.

Egger, 290.

Emery, 161, 204, 208, 214, 215.

Etienne, 163.

Eudlitz, 163, 371, 411, 416, 469, 475.

Favre, 42.

Ferreyyrolles, 128, 133.

Fouquet, 315.

Fournier (A.), 105, 110, 187, 204, 230, 356, 358, 359, 360, 362, 371, 372, 378, 387, 390, 406, 416, 420, 443, 455, 468, 469, 476, 477.

Fournier (E.), 10, 11, 174, 185, 214, 370.

François-Dainville, 35, 305.

Ga'up, 331, 360, 375, 377, 378, 461, 462, 463.

Garban, 233, 310.

Gastou, 12, 34, 58, 69, 86, 103, 123, 128, 133, 314, 315, 319, 321, 336, 348, 351, 362, 383, 398.

Gaucher, 39, 59, 83, 85, 96, 118, 120, 121, 122, 242, 243, 315, 316, 317, 359, 371, 382, 403, 404, 420, 440, 443, 466, 467, 468, 470, 471, 472.

Gougerot, 19, 22, 84, 126, 127, 243, 430, 433, 479, 481.

Gréhan, 315.

Guillot, 321.

Hallopeau, 1, 5, 8, 10, 12, 51, 52, 53, 54, 55, 70, 73, 75, 82, 89, 90, 92, 93, 94, 95, 98, 99, 103, 105, 106, 114, 118, 200, 204, 214, 233, 234, 299, 301, 302, 303, 310, 311, 348, 356, 366, 369, 370, 372, 389, 390, 394, 395, 397, 398, 452, 455, 457, 460.

Jeanselme, 10, 12.

Jullien, 158.

Labbé, 238.

Lafay, 189, 214, 215, 369, 411, 452, 469.

Lasnier, 51, 54, 55, 95, 106.

Legendre (L.), 351, 362.

Lenglet, 11, 12, 42, 68, 69, 214, 339, 369, 393, 440.

Leredde, 10, 11, 51, 183, 260, 293, 298.

Lertant, 52.

Lévy-Bing, 185, 214, 215, 371, 398, 411, 416, 474.

Lipschütz, 383.

Louste, 241, 243, 466, 467, 468, 469, 471, 472, 475.

Malloizel, 59, 83, 121.

Merle, 12, 76, 78, 110, 115, 231, 323, 450.	Nicolas, 42.
Milian, 11, 37, 39, 61, 89, 181, 183, 243, 402, 406, 416, 451.	Noiré, 323.
Monier-Vinard, 86, 118, 120, 122.	Queyrat, 185, 230, 476.
Morestin, 42, 45, 47, 49, 51, 65, 69, 71, 73, 233, 244, 255, 272, 306, 358, 359, 380, 381, 382, 417, 420, 421, 425.	Railliet, 311, 348, 366, 394, 395, 452.
Moty, 270.	Renault (A.), 82, 110, 166, 300, 301, 318, 371, 443.
Nathan, 403, 466.	Troisfontaines, 271.
	Verchère, 356.
	Wickham, 302, 303, 374.



DATE DUE SLIP
UNIVERSITY OF CALIFORNIA MEDICAL SCHOOL LIBRARY

THIS BOOK IS DUE ON THE LAST DATE
STAMPED BELOW

200-11/29

v.17-18 Société française de derma-
1906- tologie.
1907 Bulletin. 25126

25126

530

